

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 8

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE M. LE PROFESSEUR LOUIS TIXIER

Contribution à l'Etude
des **CHOLECYSTOSTOMIES**
à propos de 36 Observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul SABATIER

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Diplômé d'Hydrologie Thérapeutique et de Climatologie*

Né le 3 Mai 1910, à BÉZIERS (Hérault),



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES CHOLECYSTOSTOMIES
A PROPOS DE 36 OBSERVATIONS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 8

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE M. LE PROFESSEUR LOUIS TIXIER

Contribution à l'Etude
des **CHOLECYSTOSTOMIES**
à propos de 36 Observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul SABATIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hydrologie Thérapeutique et de Climatologie

Né le 3 Mai 1910, à BÉZIERS (Hérault)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET, DOYON

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUANE
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERA...
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	HERMANN.
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	RAVAULT
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *président*: ROCHET, *assesseur*,
WERTHEIMER et POLLOSSON

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

Dont je n'oublierai jamais l'affection.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Son passé de labeur fut pour nous le meilleur exemple.

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

En reconnaissance des lourds sacrifices que je lui ai imposés et en gage de mon profond amour.

A MA TANTE

Faible témoignage de gratitude.

A MON FRÈRE ET A SA FIANCÉE

A MONSIEUR LE DOCTEUR-VÉTÉRINAIRE MATHALY
ET A SA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici,
avec nos remerciements, le modeste
hommage de notre vive reconnais-
sance.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. CARCASSONNE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et très obligeamment guidé de ses conseils au cours de son élaboration. Nous le prions de vouloir bien accepter ici nos remerciements et l'expression de notre gratitude pour la précieuse collaboration qu'il a apportée à ce travail.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE LYON

A NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CHOLECYSTOSTOMIES A PROPOS DE 36 OBSERVATIONS

Introduction

Les affections des voies biliaires posent des indications aussi multiples que les cas envisagés et rien n'est plus difficile pour un chirurgien que de décider de l'opération à faire en présence d'une lithiasé biliaire ou cholédocienne.

La résistance même des hépatiques dont l'état général est souvent précaire limite le champ des interventions chirurgicales longues et difficiles. C'est pourquoi l'opération idéale n'est souvent pas possible et l'on doit s'en remettre à des interventions palliatives qui ne sont pas l'idéal chirurgical mais qui permettent, malgré tout, de sauver nombre de malades.

Parmi ces opérations, il en est une qui, à la suite de Carré et de Marion Sims, a été souvent utilisée : c'est la cholécystostomie. Simple fente d'abord dans la vésicule permettant l'extraction d'un calcul ou dérivant la bile à l'extérieur, la cholécystostomie représentait la seule opération possible, à une ère où toute laparotomie constituait un danger pour les malades.

Plus tard, la pratique de la cholécystectomie, la codification de ses temps opératoires par Terrier et son école, les progrès fournis à la technique de cette opération par la réalisation de la sous-séreuse Tixier firent que la cholécystostomie, opération palliative, perdit droit de cité et que bon nombre d'auteurs, Gosset, Petit-Dutaillis, Villard et d'autres, l'abandonnèrent pour tendre à ne pratiquer que des cholécystectomies.

En réalité, un courant contraire actuellement se fait jour, et à l'intervention idéale, beaucoup préfèrent une intervention palliative qui, dans certains cas, n'est qu'un premier temps, assurant le traitement d'un état général déficient, créant une dérivation de la bile infectée, et, grâce aux progrès de la technique moderne, permettant une exploration radiographique des voies biliaires sous-jacentes. Ce qui plus est, la cholécystostomie a assuré des guérisons et des guérisons nombreuses.

C'est pourquoi, nous avons voulu étudier dans le service de notre Maître, M. le Professeur Tixier, à la lumière de trente-six observations, les résultats éloignés de cette intervention.

Dans une première partie, après avoir brièvement rappelé l'histoire de la cholécystostomie, nous indiquerons quelles sont les principales indications de cette opération et les résultats obtenus par quelques chirurgiens. Dans une deuxième partie, nous exposerons les résultats éloignés des interventions pratiquées dans le service de M. le Professeur Tixier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique de la cholécystostomie

La cholécystostomie a connu, au cours de son histoire, des fortunes diverses.

En 1743, J.-L. Petit émit au sujet de cette nouvelle intervention chirurgicale le principe suivant : le chirurgien doit agir sur la vésicule biliaire uniquement quand celle-ci est adhérente à la paroi abdominale. Ce principe fut suivi en 1750 par Scharp, en 1756 par Sauvart et Morand. Ceux-ci identifèrent le réservoir biliaire au réservoir vésical et incisèrent les vésicules adhérentes pour en extraire les calculs. Mais une objection fut aussitôt formulée contre l'opinion de J.-L. Petit ; l'adhérence entre la vésicule et la paroi abdominale n'existant pas toujours, quelle devait être la conduite du chirurgien dans les cas où la vésicule était libre dans l'abdomen ? On tourna la difficulté tout en conservant le principe.

Bloch en 1774 et Richter en 1798, dans un premier temps, déterminaient la formation d'adhérences entre

la vésicule biliaire et la paroi abdominale ; la condition essentielle était remplie. Dans un deuxième temps, ils incisaient la vésicule ; le problème était ainsi résolu.

En 1833, Carré, chirurgien français, sous-aide-major au Val-de-Grâce, bouscula dans sa thèse de doctorat le principe jusqu'alors respecté de J.-L. Petit ; il conseilla d'ouvrir les vésicules non adhérentes à la paroi et plus ou moins libres dans la cavité abdominale.

C'est à lui que revient le mérite d'avoir ainsi soupçonné tout l'avenir brillant de la chirurgie des voies biliaires ; c'est à lui que revient la paternité de la cholécystostomie.

Vint ensuite une période où cette intervention fut envisagée surtout au point de vue théorique. Aucune observation clinique ne fut rapportée. Depuis Carré jusqu'au mémoire de Thudichum, on ne pratiqua pas de cholécystostomie ; il faut attendre 1867, année où Bobbs, chirurgien anglais, fit une cholécystostomie, opération résultant d'une erreur de diagnostic. C'est véritablement Marion Sims qui, volontairement, pratiqua, le 18 avril 1878, la première intervention ; il enleva 68 calculs de la vésicule ; sa malade mourut. Mais, en juin 1878, à Berne, Kocher pratiqua la même intervention et eut un succès complet. De nombreux chirurgiens se lancèrent alors dans cette voie largement ouverte. Maunoury, Doyen, d'Antona, Brien, Thornton et beaucoup d'autres multiplièrent les observations qui, depuis, ne cessent d'augmenter.

La cholécystostomie, opération facile et peu dangereuse, trouva, au début de la chirurgie biliaire, des

indications larges. Craignant de se lancer sur ce domaine encore inconnu, dans des interventions complexes et complètes, le chirurgien, n'osant extirper la vésicule, avait recours à la cholécystostomie, dans les cas de vésicules lithiasiques adhérentes. Mais, il se produisit une réaction. Des interventions plus mutilantes, mais plus curatrices, — cholécystectomie, drainage de l'hépatique, anastomose biliaire — enlevèrent à la cholécystostomie la faveur dont elle jouissait. La plupart de ses indications furent désormais celles de ces opérations assurant une dérivation définitive.

A l'heure actuelle, nous sommes moins injustes envers la cholécystostomie. Les critiques formulées contre elle nous paraissent parfois injustifiées. Une tendance est née, un courant s'est créé pour remettre la cholécystostomie en honneur, dans des circonstances bien définies. Ce retour qui se dessine vers l'intervention de jadis est dû aux avantages incontestables qui avaient commandé sa faveur première, c'est-à-dire la facilité et la bénignité de l'opération ; mais, de plus, d'autres arguments viennent plaider pour elle. Ce sont eux qui, désormais, dictent au chirurgien les indications de cette intervention.

CHAPITRE II

Indications de la cholécystostomie

Dans quels cas, devant quels ensembles symptomatologiques devons-nous poser l'indication d'une cholécystostomie ?

Nous répondrons à cette question en donnant les différentes opinions que nous avons pu recueillir çà et là dans la littérature médicale.

J. Leroudier déclare que la cholécystostomie doit servir de thérapeutique efficace à certains cas pathologiques assez bien déterminés.

Lorsqu'un trouble fonctionnel de la vésicule ou des voies biliaires a été nettement mis en évidence et parfaitement identifié grâce aux renseignements fournis par la clinique, le tubage duodénal, l'épreuve de Meltzer-Lyon et les examens de laboratoire qui découlent de cette dernière, on peut attendre de la cholécystostomie une amélioration notable, sinon une guérison complète de ce trouble. Dans d'autres cas plus fréquents, à la lumière des divers moyens de diagnostic déjà cités, on n'a pu affirmer l'existence réelle de telle ou telle lésion, de tel ou tel trouble fonctionnel ; la malade souffre énormément : il faut intervenir ; là encore il convient de s'adresser à la cholécystostomie. Sans attendre, dans ces cas, de cette opération une

guérison complète et immédiate — ce qui peut arriver parfois — on peut grâce à la bouche ainsi créée explorer soigneusement les voies biliaires et la région sous-hépatique ; ces manœuvres permettront de reconnaître et de préciser la cause du mal et l'on pourra alors porter un diagnostic exact.

Troubles fonctionnels nettement identifiés, affection dont le diagnostic est encore incertain, vésicules présentant un minimum de lésions, vésicules douloureuses, vésicules de stase, la cholécystostomie doit être faite sans hésitation aucune, dans ces différents cas : elle ne servira peut-être pas à guérir, du moins sera-t-elle un moyen de diagnostic permettant une intervention ultérieure qui, elle, sera efficace. Pour parvenir à déterminer d'une façon exacte la cause pathologique, il existe des méthodes d'exploration fonctionnelle des cholécystostomies. Ces méthodes qui sont d'ordre clinique déterminent l'abondance de l'écoulement de bile ou de mucus, sa durée, sa nature et ses modifications sous des actions physiologiques diverses.

Pantalonì conseille de pratiquer la cholécystostomie dans les infections des voies biliaires et de la vésicule. Tout processus infectieux de ces régions est justiciable de cette opération quel que soit le microbe en cause, staphylocoque, streptocoque ou autres. Les cholécystites, la cholédochite au début, les angiocholites microbiennes à la période pré-suppurative, l'infection des canalicules biliaires sont améliorées par cette intervention qui rejette au dehors la cause du mal.

Toutefois, si l'on veut espérer de cette thérapeutique un résultat positif, il y a un réel intérêt à la re-

commander de bonne heure, car si l'on tergiverse trop longtemps, les lésions s'aggraveront. Ainsi, une cholécystite au début peut être guérie par une cholécystostomie ; mais quand elle sera devenue fibreuse, interstitielle, lorsqu'elle s'accompagnera de péricholécystite, ce ne sera plus à cette opération qu'il faudra s'adresser ; il sera trop tard ; on aura laissé passer l'heure ; il faudra parler alors de cholécystectomie.

Ce même auteur préconise la fistulisation de la vésicule dans les lobes flottants qui relèvent de lésions vésiculaires, soit d'une inflammation, soit d'une dilatation de l'organe. Il admet avec Riedel qu'à la suite de l'intervention chirurgicale on voit le lobe flottant diminuer progressivement de volume et disparaître.

Infections des voies biliaires et de la vésicule, lobes flottants, telles sont pour Pantaloni les principales indications de la cholécystostomie.

Terrier la recommande dans la congestion et l'hypertrophie du foie. Avec Czerny, Rémy et Le Dentu, ce même auteur la préconise dans la cirrhose hypertrophique biliaire.

Quénu, en 1920, à la Société de Chirurgie de Paris, à propos d'une communication sur le traitement chirurgical de certaines crises douloureuses d'origine biliaire, expliqua les causes de ces troubles douloureux à première vue mystérieux, par la possibilité d'existence de cholécystites non calculeuses, de pancréatites, de certaines modifications de l'état de la bile qui, changeant de consistance, deviendrait épaisse, semblable à de la boue. Il indique comme thérapeutique de ces cas un traitement thermal et il reconnaît également

des indications au drainage de la vésicule par la cholécystostomie.

Lecène et Moulonguet déclarent que l'ablation de la vésicule est nullement indiquée dans certaines infections biliaires.

Tant que le processus infectieux s'est borné à lécher uniquement toutes les voies biliaires sans mordre profondément la vésicule elle-même, la cholécystectomie n'est pas indiquée. Enlever la vésicule serait excessif et inutile ; il est bon de l'utiliser, au contraire, pour drainer indirectement l'ensemble des voies biliaires.

La conservation de l'organe permettra un nouveau drainage ou une autre intervention au cas où l'infection se réveillerait ultérieurement.

A Lyon, M. Santy a défendu il y a quelques années, devant la Société de Chirurgie de Lyon, la cholécystostomie dans le traitement des *vésicules pseudo-lithiasiques*.

Chiray et Pavel se rangent à l'avis des précédents auteurs et insistent sur la valeur de l'organe conservé qui garde sa capacité, sa souplesse, la contractilité de sa paroi.

MM. Santy et Mallet-Guy se sont élevés contre l'opinion trop optimiste des résultats de l'ablation de la vésicule : « Il est admis actuellement, ont-ils déclaré, qu'en présence de troubles douloureux vésiculaires en imposant pour une histoire de cholécystite calculeuse, la constatation opératoire de l'absence de calculs dans une vésicule à aspect anormal comporte la cholécystectomie. On considère que l'ablation de la vési-

cule biliaire est toujours bien tolérée, bien supportée, et donne la guérison des crises douloureuses et des phénomènes digestifs pathologiques dans la majorité des cas. C'est contre cette opinion un peu trop optimiste d'envisager la thérapeutique chirurgicale des phénomènes complexes de l'excrétion biliaire, en dehors de la lithiase, que nous désirons nous élever ».

MM. L. Bérard et P. Mallet-Guy conseillent également une opération de simple drainage dans les états vésiculaires pseudo-lithiasiques communément nommés « vésicules de stase ». Mais, ils font sortir, avec juste raison, du cadre relevant de la cholécystostomie les cholécystites non lithiasiques ouvertes qui sont le siège d'une infection rebelle, repaire microbien véritable ; ces états-là appellent l'ablation de la vésicule ; le drainage médical des voies biliaires ne saurait en rien les améliorer.

Ces auteurs conseillent de réveiller par la cholécystostomie les fonctions des vésicules engourdies, fonctionnellement supprimées, ne donnant pas de bile B : ce sont des *vésicules endormies* avec calculs.

D'autres vésicules fonctionnent, donnent de la bile B mais l'excrétion vésiculaire est douloureuse, la cholécystostomie sera ici également utile.

On note aussi son efficacité dans quelques cas de pancréatite chronique avec ictère.

C. Arnal étudia dernièrement dans sa thèse, la thérapeutique chirurgicale des vésicules intolérantes. Ce syndrome dû à une sténose sur la voie biliaire principale est, dit-il, l'équivalent mineur de l'ictère par rétention. La cholécystostomie convient à ces cas ; elle

supprime la douleur au prix d'une fistule biliaire, et donne la possibilité d'analyser le trouble fonctionnel.

Chiray délimite assez nettement les indications de cette opération en disant : « D'une façon générale, la cholécystostomie avec conservation de la vésicule est l'opération de choix, toutes les fois que le réservoir biliaire conserve tout ou partie de sa fonction, et la cholécystectomie conviendra aux autres cas ».

Telles sont, pour ces auteurs, les principales indications de la fistulisation de la vésicule.

Les mobiles qui poussent les chirurgiens à l'utiliser peuvent se résumer ainsi :

1° Facilité et bénignité de l'opération ;

2° Elle combat le processus infectieux vésiculaire. La cholécystostomie est la plus haute expression du drainage de la voie biliaire accessoire ;

3° Possibilité d'études de l'excrétion biliaire permettant au clinicien de comprendre la pathogénie parfois obscure des troubles d'évacuation biliaire ;

4° Conservation d'un organe qui permettra une réintervention facile ;

5° La cholécystostomie permet d'étudier le transit biliaire à la radiographie : l'injection d'un liquide opaque, tel le lipiodol, par l'orifice de la stomie permet l'examen anatomique des voies biliaires ;

6° Un autre argument plaide encore en sa faveur ; la fistulisation vésiculaire permet le prélèvement d'un fragment de l'organe aux fins d'examen : on peut établir ainsi la nature du processus infectieux, reconnaître s'il s'agit de telle ou telle sorte d'inflammation.

CHAPITRE III

Quelques résultats de la cholécystostomie

Quels sont les résultats obtenus par la cholécystostomie dans les affections que nous venons d'envisager ?

Les suites immédiates et éloignées de cette intervention chirurgicale varient évidemment avec la gravité plus ou moins grande du cas traité. Une simple cholécystite opérée à ses débuts aura un bon résultat alors qu'une intervention identique pour une infection plus grave compliquée de lithiasé ou de néoplasme risque d'être vouée à un échec.

Nous allons examiner les résultats obtenus par quelques chirurgiens :

Baudoin signale parmi les complications opératoires le collapsus qu'il attribue soit à un état général précaire, soit à une intervention trop longue, trop pénible ou effectuée beaucoup trop tardivement sur une lésion ancienne. Cet auteur attire aussi l'attention sur la persistance des symptômes ayant débuté avant l'opération par suite de la péritonite périvésiculaire. La rupture des voies biliaires résultant de dénudations trop intenses dans les cas d'adhérences péricholécystiques, l'hémorragie hépatique chez un malade venu trop tardivement au chirurgien, peuvent survenir

après l'intervention. Mais, la véritable complication de l'incision de la vésicule est la persistance de la fistule biliaire. La vésicule abouchée à la peau, la crainte d'une fistule interminable vient hanter le chirurgien. Il y a un écoulement de bile. Se tarira-t-il spontanément ou persistera-t-il indéfiniment ? Dans le premier cas, l'opération aura suffi à guérir la malade ; dans le deuxième, il faudra chercher la cause maintenant l'écoulement fistuleux. Où la trouver ? Très souvent un calcul du cholédoque ou du canal cystique, un rétrécissement notable en un point quelconque des conduits biliaires crée un obstacle à l'écoulement de la bile du côté intestinal. Lecène estime, en effet, que les fistules biliaires graves après cholécystostomie ne s'observent que quand il existe un obstacle sur la voie biliaire principale, un calcul, une coudure ou un rétrécissement quelconque.

Okinczyck pense comme Lecène que la guérison spontanée de la fistule se produit quand la voie biliaire principale est libre. Il cite le cas d'un homme âgé de plus de 70 ans présentant les symptômes de cholécystite aiguë assez prononcés pour nécessiter une intervention. Etant donné l'âge avancé du malade et vu l'existence d'une aortite concomitante, on pratiqua une cholécystostomie. Les suites opératoires furent des plus simples. Un calcul assez volumineux sortit de la vésicule par la fistule ; cette dernière tarit spontanément. Trois années plus tard, le malade présentait un bon état local et général.

Basset fit une cholécystostomie pour une cholécystite calculeuse aiguë avec état général grave, du subic-

tère et une température élevée. Il obtint une très bonne guérison, bien que la fistule ait mis huit à neuf mois à se fermer spontanément.

Lejars admet l'action bienfaisante de cette opération chirurgicale dans toutes les formes de cholélithiasc vésiculaire ; il ajoute qu'elle fournit non seulement de bons résultats immédiats, mais des résultats éloignés durables et des guérisons définitives. Il a réussi à améliorer et à guérir des cholécystites infectieuses suppurées, des grosses vésicules contenant un calcul unique et un grand nombre de formes communes de la cholécystite calculeuse.

Voici quelques résultats éloignés de cette intervention pour cet auteur :

Lejars pratiqua neuf cholécystostomies sur des vésicules biliaires complètement bourrées de calculs ; il eut deux morts résultant d'une complication néoplasique. Les sept autres opérés guériront et la plupart d'entre eux éliminèrent par la fistule de nombreux calculs. Une malade vit se former, deux années environ après l'intervention, une tumeur au niveau de sa cicatrice ; on attribua le point de départ de ce phlegmon à la paroi malade de la vésicule.

Cet auteur préconise la cholécystostomie dans le traitement des calculs solidement enclavés dans le canal cystique. Quelque temps après l'opération, ces formations calculeuses qui avaient jusqu'alors résisté à toute tentative d'extraction se mobilisent et on les retrouve dans le pansement.

Parfois, on se trouve en présence d'un volumineux calcul dont l'ablation nécessite une assez longue inci-

sion de la paroi vésiculaire. Chez un malade opéré les deux extrémités de cette longue incision furent réunis et on réalisa une cholécystostomie étroite en abouchant à la peau la partie centrale seulement. La fistule était fermée spontanément un mois après et la cicatrisation fut complète.

Ce même auteur pratiqua pendant deux fois la cholécystostomie pour des accidents aigus d'angio-cholécystite colibacillaire survenus au cours d'un processus lithiasique latent. Un malade mourut, l'intervention n'ayant pu enrayer le processus infectieux trop important. Chez le second opéré, la fistule fut fermée au bout du deuxième mois ; il guérit et trois années plus tard il avait une santé toujours florissante.

Terrier déclare avoir pratiqué en 1892 trois cholécystostomies, avec succès dans deux cas. Une malade opérée pour lobe du foie flottant avec calcul vésiculaire guérit ; même succès pour combattre, chez un autre sujet, des accidents de congestion et d'hypertrophie du foie avec ictère prononcé et température élevée. La troisième intervention pour ictère chronique avec cirrhose hypertrophique n'amena qu'une amélioration, sans guérir définitivement la malade.

Nous allons rapporter à présent les résultats d'Hartmann. Cet auteur englobe dans une même statistique les cholécystostomies et les cholécystotomies. Cette réserve faite, il déclare avoir eu 8 échecs sur 85 interventions, ce qui fait 9,4 % de résultats malheureux. Il publie à titre de documentation un tableau de statistiques étrangères que nous reproduisons :

	Nombre d'opérations	Nombre d'échecs	Pourcentage
Donald S. Adam...	151 cholécystostomies	10 morts	6,5 %
Korte	135 —	8 —	5,9 —
Bardeleben	70 —	3 —	4,28—
Petersen et Uerk ..	151 —	2 —	1,3 —
Frères Mayo	535 —	6 —	1 —

Hartmann suivit l'évolution d'un certain nombre de ses 85 opérés et les revit plusieurs années après l'intervention. Il parvint à obtenir quarante-sept résultats éloignés. Parmi eux, une intervention pratiquée pour cirrhose hépatique n'amena aucun changement dans l'évolution de la maladie. Des 46 autres, 22 conservèrent une fistule pendant des périodes plus ou moins longues, 21 n'ont jamais présenté le moindre trouble hépatique et 3 ont eu quelques petites crises accompagnées d'ictère.

Les vingt-deux opérés qui conservèrent une fistule pendant un temps plus ou moins long eurent l'évolution suivante : Trois moururent 6 mois, 8 mois et 17 mois après l'intervention, des suites d'une complication néoplasique qui, dans deux cas, avait été méconnue.

Un autre mourut 3 ans après ; résultat nul.

Sept ne guérissent que grâce à une ablation secondaire de la vésicule.

Des dix autres opérés conservant une fistule, un vit sa fistule se fermer spontanément au bout de six mois. Chez les neuf autres, le chirurgien dut intervenir et fermer la fistule par avivement et suture, au bout de quelques mois.

Enfin, dans un dernier cas, la malade chez qui le chirurgien avait enlevé 167 calculs, continua toujours à en éliminer par l'orifice de drainage pendant une quinzaine de jours ; elle guérit et eut une bonne santé pendant vingt ans ; puis elle fut prise d'une crise douloureuse et vit se former une tuméfaction au niveau de sa cicatrice. L'incision pratiquée ouvrit une collection bilio-muqueuse qui laissa échapper un petit calcul à facettes : la guérison définitive eut lieu.

Les suites opératoires de ces 22 malades ayant conservé une fistule ont été examinées par Hartmann à des périodes variant entre 18 mois et 20 ans après l'intervention.

Hartmann cite, de plus, le cas de deux malades qui n'avaient qu'un petit suintement muqueux et qui ont refusé une intervention secondaire devant la bénignité de ce petit écoulement qui ne les gênait nullement. Deux années plus tard, l'un allait toujours bien ; l'autre vit sa fistule s'oblitérer spontanément trois ans plus tard ; mais, en même temps que l'écoulement tarissait, apparurent des accidents infectieux qui amenèrent en quelques jours la mort du malade.

Hartmann admet que la fistulisation de la vésicule permet à sa paroi altérée et infiltrée de se transformer, de se régénérer, de s'assouplir ; le drainage amène une régression considérable des lésions inflammatoires dont elle est le siège. Dans un cas, un fragment avait été prélevé au moment de l'intervention. L'examen histologique avait montré des lésions de cholestite aiguë très intense avec nécrose de la muqueuse et une considérable infiltration de la paroi. Cinq

mois plus tard, le chirurgien dut intervenir pour pratiquer une cholécystectomie secondaire ; l'examen de la vésicule permit de constater la disparition à peu près complète de l'infiltration pariétale ; la muqueuse était extrêmement villeuse, les prolongements de Luschka très abondants et l'épithélium était régénéré.

Hartmann conclut en exposant les inconvénients de la cholécystostomie. L'un d'eux consiste dans la persistance de calculs plus ou moins enchâssés dans les plis de la muqueuse ou enclavés dans l'origine du canal cystique. De plus, un inconvénient réel réside dans le développement ultérieur d'une formation néoplasique de la vésicule inaperçue lors de l'intervention.

L'association entre la lithiase et le cancer est en effet assez fréquente : Riédel l'a constatée 52 fois sur 650 lithiasiques ; Petersen 34 fois sur 168.

Terrier et Auvray donnent des résultats de cholécystostomies pratiquées pour néoplasme de la vésicule. Quinze malades furent ainsi opérés ; quatre succombèrent rapidement par suite d'une septicémie ou d'un choc, ce qui donne une mortalité opératoire de 26,66 %. La guérison opératoire se produisit dans onze cas ; on a noté alors dans certaines de ces observations, la chute de la température qui était due à l'évolution d'une infection concomitante de la néoplasie vésiculaire, la cessation des douleurs ainsi qu'une amélioration de l'état général. L'ictère qui avait cessé chez certains, persista et augmenta même chez d'autres.

Ces auteurs admettent avec raison qu'il ne faut pas attendre de la cholécystostomie une guérison du processus cancéreux. La fistulisation vésiculaire n'est là

qu'une opération palliative n'amenant que des améliorations passagères. Mais, comme l'on est souvent forcé de faire quelque chose devant l'acuité des symptômes fonctionnels, on peut pratiquer la cholécystostomie pour soulager momentanément le malade.

Deux cholécystostomies pour néo du cholédoque chez des sujets affaiblis furent suivis de mort.

Terrier et Auvray pratiquent avec succès l'abouchement de la vésicule à la paroi dans la cholécystite.

Czerny, chez une femme de 51 ans, retira 58 calculs de la vésicule ; la muqueuse très ulcérée, recouverte de végétations, lui firent porter le diagnostic de cholécystite chronique ulcéreuse avec cholélithiase ; il pratiqua une cholécystostomie ; il dut intervenir une seconde fois en présence d'accidents persistants ; il enleva une vésicule très épaissie et infiltrée de formations néoplasiques.

Kehr évacua 226 calculs d'une vésicule biliaire, chez une femme de 56 ans. La cholécystostomie pratiquée, il obtint chez cette malade une fistule par laquelle sortait du mucus en abondance. Il dut intervenir une seconde fois ; ce fut pour extraire une vésicule à parois épaisses ; il nota également de gros ganglions au voisinage de la veine-porte. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cancer.

Ces deux dernières observations nous montrent à l'appui des statistiques citées plus haut de Riédel et de Petersen, que fréquemment après l'ablation de calculs, on voit ultérieurement la vésicule devenir le point de départ de formations néoplasiques.

J. Duclos, dans sa thèse, publie une statistique sur

les résultats immédiats et éloignés des cholécystostomies : cette opération donnerait une mortalité de 24 %, dont 12 % survenant chez des cancéreux, et l'autre moitié chez des malades très affaiblis, gravement infectés. Les résultats éloignés sont, dans la lithiase, inférieurs à ceux de la cholécystectomie en raison surtout de la fréquence plus grande des récidives de crises. Cet auteur conclut en disant que la cholécystostomie est une opération de nécessité.

Chabannes, dans sa thèse, étudie la gravité des interventions sur les voies biliaires ; l'opération est plus grave dans le sexe masculin où la mortalité est plus élevée que dans le sexe féminin ; les décès surviennent surtout à la suite de péritonites, d'hémorragies ou de complications pulmonaires. En ce qui concerne la cholécystostomie, la mortalité chez l'homme serait de 36,36 % et chez la femme de 15,43 % seulement, d'après une statistique relevée dans le service de M. le Professeur Tixier. De plus, J. Duclos a noté que sur 131 opérés il y avait 102 femmes et 29 hommes.

DEUXIEME PARTIE

Nous allons exposer à présent les résultats éloignés des cholécystostomies pratiquées dans le service de M. le Professeur Tixier à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Nos observations portent sur les malades qui séjournèrent à l'hôpital entre le 1^{er} janvier 1919 et le 31 décembre 1932. Nous rapportons donc les résultats de la pratique de cette intervention pendant quatorze années de clientèle uniquement hospitalière.

Au cours de cette période, trente-six malades furent opérés de cholécystostomie.

Cette opération fut pratiquée dans les proportions et pour les diagnostics suivants :

- 21 fois pour cholécystite ;
- 8 fois pour lithiasé ;
- 3 fois pour cancer ;
- 2 fois pour hydropisie intermittente ;
- 1 fois pour hydropisie aiguë ;
- 1 fois pour empyème de la vésicule.

Que devinrent ces malades après l'intervention ?

Quels sont les résultats éloignés de l'opération ?

Afin de pouvoir répondre à ces questions, nous avons cherché des renseignements sur ces anciens malades.

Nous avons revu, avec le Docteur Carcassonne, la

plupart d'entre eux pendant les premiers mois de l'année 1933.

Malgré les difficultés que nous avons eues à réaliser une telle enquête, nous avons pu recueillir et examiner vingt-quatre malades sur trente-six opérés de cholécystostomie dans la période de 1919 à 1933.

On sera peut-être étonné de ce chiffre restreint, mais il prouve que, fidèle à une ligne de conduite générale dans le service de M. le Professeur Tixier, on tend à réaliser l'opération idéale, et que nos cas de cholécystostomies sont des cas bien démonstratifs où l'indication longuement discutée a été réalisée d'une façon parfaite.

Ces cholécystostomies furent, dans l'ensemble, des opérations d'urgence. Par la bénignité même de l'acte opératoire, elles permirent chez les malades une intervention secondaire ; elles eurent même parfois de tels résultats que celle-ci put être différée ou complètement abandonnée.

On a trop dit que la cholécystostomie était une opération insuffisante, un pis-aller (Villard). Et cependant, les résultats éloignés ne démontrent-ils pas que, réalisée dans les conditions actuelles, la cholécystostomie est une opération peut-être moins brillante que la cholécystectomie, mais qui peut assurer la guérison des malades, ou, en tout cas, permettre l'intervention itérative à moins de frais et avec moins de danger !

Nous allons exposer dans un premier chapitre les observations des malades.

Nous indiquerons ensuite les résultats éloignés des cholécystostomies pratiquées.

CHAPITRE PREMIER

Observations

1. — MALADES OPÉRÉS POUR CHOLÉCYSTITES

OBSERVATION I

Le malade, âgé de 52 ans, entre dans le service au mois d'octobre 1928, envoyé par M. le Professeur Tixier, pour appendicite.

Antécédents : A été opéré d'une hernie dans le service.

L'affection actuelle remonte à cinq ans ; le malade fut alors pris de malaises, de coliques, phénomènes qu'il rattacha à l'estomac.

Depuis, il éprouva de temps en temps des coliques vraisemblablement appendiculaires durant quelques heures. Il garda toujours un point douloureux dans la fosse iliaque droite. Dernièrement, au début de septembre, il eut des coliques appendiculaires durant une nuit, sans vomissements. Le 20 septembre, véritable crise d'appendicite, état subfébrile (38°) ; la crise céda à une application de glace sur le ventre.

A l'entrée : malade en bon état général, dyspeptique. Abdomen souple, sans contracture.

La palpation décèle l'appendice superficiel derrière la paroi ; dur, douloureux, il roule sous le doigt.

Foie et rate non perçus.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

La température est tombée ; les fonctions intestinales sont normales. On perçoit au milieu de l'ombilic, trop haut pour être sûrement l'appendice, une masse diffuse, très sensible : il faut agir.

Intervention le 19 octobre 1928. Professeur Tixier, Docteurs Bertrand, Carcassonne.

Grande incision de Jalaguier immédiatement haute. On aperçoit le cæcum : ce n'est pas une appendicite.

Cachée derrière l'angle droit du côlon et l'épiploon, apparaît une grosse vésicule à parois épaisses, sous la forme d'une aubergine bleue. La palpation montre inclus dans le bassinnet un gros calcul. Rapidement, on transforme l'incision de Jalaguier appendicite en incision de Jalaguier-Récamier foie. Il y a eu des poussées récentes d'infection vésiculaire. Il faut être prudent, faire le minimum.

1° Ponction et évacuation de la vésicule à l'aspirateur électrique.

2° Large taille vésiculaire.

3° A l'aide de petits tampons imbibés d'éther, on essore la cavité vésiculaire.

Au doigt, on va libérer le calcul qui est enclavé dans le bassinnet : on le luxe et on l'amène au dehors.

4° On fixe la vésicule à la paroi.

5° Un gros drain permet à la bile de s'écouler directement au dehors.

6° Fermeture de la paroi.

Réflexion (Professeur Tixier).

a) Une cholécystite hydropique avec calcul unique du bassinnet est rare chez un homme de 52 ans.

b) Le foie n'était pas abaissé ; c'est un homme : cependant, la vésicule était très basse au point de simuler une crise d'appendicite.

c) On a pratiqué une cholécystostomie parce qu'on voulait établir un drainage vésiculaire sans agir sur la voie biliaire principale indemne.

Suites opératoires (Docteur Carcassonne) : Alors que tout semblait aller bien, à la 48^e heure, dans la nuit, le malade est pris de sueurs profuses; il se cyanose, présente de la dyspnée et un état général grave. Pouls à 100 avec intermittences.

L'écoulement de la bile par le drain est tari. On pense à une complication surtout pulmonaire du type broncho-pneumonie massive de Voilez avec défaillance cardiaque plutôt que d'une complication d'ordre péritonéal, car l'abdomen est souple sans météorisme.

Devant l'état grave du malade, température montante, pouls défaillant, on se décide à instituer une thérapeutique héroïque : ouabaïne intraveineux (1/4 de milligr.), adrénaline (V gouttes par heure), solucamphre (2 cc.).

Le 22 octobre 1928, la température du malade est tombée ; la dyspnée est beaucoup moins intense. Le pouls à 100 est bien frappé, sans intermittence.

Submatité pulmonaire à droite. La pointe du cœur n'est pas perceptible à la palpation, mais l'auscultation montre qu'elle a une situation médiane, nettement déplacée.

On supprime l'ouabaïne vu la régularité du pouls et on la remplace par une potion avec infusion de poudre de feuilles de digitale, XX gouttes d'adrénaline par jour, 2 cc. solucamphre. Malgré la mobilisation du drain, l'écoulement de bile est toujours tari.

Le 27 octobre 1928, ablation du drain.

Le 9 décembre, la fistule s'ouvre à nouveau, laissant écouler un liquide à peine teinté de bile et en très petite quantité.

Le 14 décembre, la fistule se tarit définitivement.

Depuis, état général excellent. Le malade prend du poids. Bon résultat.

Le 22 décembre 1928, il quitte le service complètement cicatrisé. Bonne paroi sans éventration.

OBSERVATION II

Le malade, âgé de 76 ans, est vu à l'infirmerie de porte le 2 mars 1928, par le Docteur Bertrand : il est envoyé par son médecin avec le diagnostic d'appendicite aiguë. La crise aurait débuté le 27 février par des douleurs limitées à la paroi droite de l'abdomen.

A l'examen, on se trouve en présence d'un homme d'un certain embonpoint, à paroi abdominale grasse au teint fleuri, avec un reflet légèrement subictérique des conjonctives.

A l'abdomen, on note que la partie inférieure de la fosse iliaque droite est libre, mais on sent au-dessus du point de Mac Burney une masse qui semble être l'épiploon, avec contracture de la paroi à ce niveau. Pouls : 96. Température : 38°9.

On fait aussi le diagnostic d'appendicite.

Intervention : Docteur Bertrand.

Rachianesthésie.

Incision de Max Schuller découvrant un appendice sain : au bout du doigt, derrière un moignon d'épiploon ratatiné, on sent une grosse masse sous-hépatique. L'incision est prolongée vers le haut. Le bord antérieur du foie relevé montre une vésicule énorme dont la surface est recouverte d'exsudats purulents. Ponction de la vésicule au trocart amenant l'évacuation immédiate d'une quantité de petits calculs : on extrait à la curette les calculs situés au niveau du col et du bassin. On termine par :

1° La fixation de l'épiploon et du côlon transverse au péritoine pariétal antérieur ;

2° Fixation de la vésicule au péritoine ;

3° Sonde de Nélaton placée sous la vésicule.

On ferme entièrement toute la partie inférieure de l'incision.

Le malade part le 18 avril. Depuis 3 semaines, sa fistule est devenue intermittente et s'est tarie depuis quelques jours. Bon état général.

Le 8 mai 1918, le malade revient montrer sa fistule actuellement tarie. Mais il déclare qu'elle s'est rouverte il y a 8 jours, a donné issue à un calcul de la grosseur d'un pois et s'est refermée aussitôt. Le malade engraisé va très bien.

OBSERVATION III

Le 14 mars 1929, la malade, âgée de 34 ans, entre dans le service.

Antécédents : Mère morte de tuberculose pulmonaire à 40 ans. Père bien portant.

Une sœur morte de tuberculose pulmonaire à 34 ans. Trois sœurs et frères en bonne santé.

Réglée à 14 ans avec leucorrhées abondantes avant et après et quelques douleurs. Mariée depuis 12 ans. En 1923, une fausse couche à 5 mois. Un enfant mort de broncho-pneumonie il y a 5 ans à l'âge de 6 mois. Il lui reste un enfant de 10 ans plutôt chétif. En 1919, bronchite. En 1921, congestion pulmonaire de la base gauche ; depuis lors, quelques crises d'asthme : poussées de salpingite à droite en 1922.

L'affection actuelle débuta il y a 6 ans par une crise de colique hépatique qui dura de 4 à 5 heures et fut

calmée par la morphine. Depuis lors, tous les 3 à 4 mois, elle ressent une crise qui, le plus souvent, se caractérise par une douleur violente sous les fausses côtes droites irradiant vers l'épaule droite et entre les deux omoplates ; elle s'accompagne d'un léger ictère, d'une petite élévation de température, de prurit, de selles un peu pâles et d'urines rouges. Depuis 5 mois elle a remarqué dans ses urines des dépôts de sable. Elle eut 2 ou 3 crises de coliques néphrétiques à droite.

A l'entrée, malgré un amaigrissement de deux kilos en deux mois, l'état général est assez bon.

Température : 37° ; pouls à 80 ; T. A. 9/5,5.

Ni sucre, ni albumine dans les urines. Urée : 0 gr. 28 %.

L'examen abdominal décèle à droite, sous les fausses côtes, un point douloureux à la palpation profonde. Le foie n'est pas abaissé ; rate non perçue. Les reins semblent être normaux quoique la palpation profonde dans la fosse iliaque gauche détermine une assez violente douleur. L'examen pulmonaire montre deux bases qui respirent mal avec quelques râles à la base droite. Cœur et réflexes normaux. Du côté rénal, on relève de l'oligurie, pas de pollakiurie ; douleurs au début de la miction ; urines rouges, quelquefois troubles.

Le tubage duodénal pratiqué le 19 mars est normal. La radiographie est négative. Le temps de saignement est de 6', le temps de coagulation de 10'.

Le 26 mars, *intervention* (Docteurs Bertrand, Carcassonne).

Anesthésie générale à l'éther.

Incision de Kocher, sans section du muscle droit. Il s'agit d'une cholécystite chronique non calculieuse : le fond vésiculaire dépasse de deux travers de doigt le bord inférieur du foie. La vésicule flasque semble contenir une bile pâteuse.

On pratique une cholécystostomie ; il s'écoule effectivement par le drain mis en place une bile épaisse ; la muqueuse vésiculaire paraît altérée.

Compte rendu radiographie, Docteur Lévy :

Examen des reins négatif.

Examen de la vésicule : vésicule visible sur le premier cliché à la 14^e heure et invisible sur le deuxième cliché à la 26^e heure.

Pas de calcul : semble perméable.

Suites opératoires : La bile d'abord épaisse s'est éclaircie et au 10^e jour semble normale. Le 18^e jour on enlève la sonde vésiculaire : bon état de la cicatrice ; le 18 avril, la malade quitte le service, guérie.

Le 14 juillet, elle revient améliorée, n'ayant plus de douleurs, mais se plaignant d'avoir peu d'appétit.

OBSERVATION IV

Malade âgée de 56 ans, opérée en 1926.

A l'examen, personne très agitée se tenant l'abdomen. Au milieu d'un ventre un peu ballonné, on perçoit une tuméfaction dure, mal circonscrite, très sensible, siégeant dans l'hypocondre droit à la hauteur de l'ombilic. Il s'agit certainement d'une vésicule suppurée en voie de perforation.

Opération (Docteur Bonnet). Anesthésie locale complétée par quelques gouttes de kélène.

Incision de Récamier : on trouve une vésicule noire très tendue. On l'ouvre très largement au bistouri, n'osant pas la ponctionner dans la crainte d'éclatement. Il s'écoule d'abord un liquide blanc laiteux. On ramène de petits calculs en ramonant la muqueuse avec une curette. Opération très brève, réduite au minimum.

OBSERVATION V

La malade, âgée de 38 ans, entre le 10 juillet 1929 dans le service ayant eu il y a 8 jours une douleur abdominale.

Père mort d'affection indéterminée ; mère portant depuis 2 ans un corset plâtré ; 3 sœurs en bonne santé.

Il y a 4 semaines elle eut une fatigue générale avec courbature et fièvre. Puis douleur abdominales violentes dans la fosse iliaque droite remontant vers l'hypocondre droit ; elle vomit. Le deuxième jour de ces crises, ictère net.

A l'examen, femme de 38 ans avec un assez bon état général.

Herpès labial. Température à 39°. Pouls à 90.

Abdomen souple, non ballonné. Masse du volume d'un œuf dans la région vésiculaire.

Poumons et cœur normaux.

Intervention le 13 juillet : Docteur Bertrand.

Anesthésie générale, kélène-éther.

Incision de Récamier : à l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide verdâtre purulent provenant d'une poche péritonéale cloisonnée en avant du fond vésiculaire. On fait une cholécystostomie sur une vésicule en voie de perforation, ayant sur sa face inférieure deux plaques de gangrène. La vésicule ouverte laisse échapper un pus verdâtre sans odeur et l'on retire 55 petits calculs à facettes. Drain.

Suites opératoires : Bonnes ; on trouva 2 calculs dans le pansement ; il persiste une fistule biliaire.

Le 14 novembre 1931, la malade revient avec une éven-tration assez volumineuse qui occupe la partie supé-

rieure de l'incision ; la vésicule est grosse et douloureuse ; on conseille à la malade de se faire réopérer dans le double but de lui pratiquer une cholécystectomie et de faire une cure radicale de son éventration.

OBSERVATION VI

Malade, âgée de 52 ans, envoyée dans le service par le Professeur Tixier pour cholécystite, le 7 avril 1931.

Antécédents : Une sœur morte il y a quatre ans d'affection hépatique.

Personnellement : quatre enfants, dont deux morts d'affection indéterminée.

La malade a eu, il y a deux mois et demi, une crise douloureuse dans l'hypocondre droit, irradiant en ceinture avec vomissements alimentaires et bilieux et une température à 39°-40°. La douleur dura une journée, ne fut pas suivie d'ictère, mais d'une légère pigmentation des urines. On porta le diagnostic d'appendicite. Devant la persistance des douleurs vagues dans l'hypocondre droite, de la température élevée, de l'inappétence, de l'amaigrissement (10 kilos perdus en 3 mois), la malade consulte M. le Professeur Tixier qui la fait rentrer à l'hôpital.

A l'entrée, malade un peu amaigrie, sans appétit.

Abdomen un peu ballonné ; pas d'ascite.

Foie un peu gros, dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes. Au-dessous, on trouve une vésicule, masse mal délimitée, douloureuse, et sonore à la palpation.

Poumons normaux.

Cœur normal. T. A. : 11/7. Pouls : 76. Température : 37°5.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Coefficient de Maillard : 11,4.

Urée sanguine : 0,23 %.

Le 16 avril 1931, *intervention* : Professeur Tixier, Docteurs Carcassonne, Marion.

Anesthésie générale à l'éther.

Le diagnostic est : grosse vésicule atteinte de cholécystite avec lobe droit du foie abaissé.

La loge vésiculaire est occupée par une énorme masse formée d'épiploon infiltré attirant le côlon transverse contre le foie. On pourrait penser à un néo de l'angle droit, mais au-dessous de lui, le côlon ascendant n'est pas dilaté. On pourrait penser aussi à un ulcère du pyllore ou du duodénum, mais aucun trouble gastrique ; c'est donc une vésicule.

Après avoir reconnu les différents rapports intestinaux et gastriques, on détache la galette épiploïque et, brusquement, irruption d'un jus crémeux, non fétide, venant de la vésicule. Aspiration. On perçoit, enchatonné dans le bassinnet, un gros calcul ; on l'enlève. Il est noir, mûriforme, sans facette, unique. On met un drain au contact du cystique fixé par un petit catgut.

La paroi vésiculaire présente des abcès.

On suspend par trois points le corps de la vésicule à la paroi. Comme il peut y avoir des doutes sur la dégénérescence néoplasique de la vésicule, on résèque pour examen microscopique le fond de la vésicule.

Fermeture de la paroi à 2 plans en abouchant la cholécystostomie au bord droit du grand droit.

A la fin de l'opération, il s'écoule une bile claire, le cystique est donc perméable.

Suites opératoires : Simples. La bile s'est vite écoulée. Le drain a été enlevé le deuxième jour.

Examen histologique : Il s'agit uniquement de lésions inflammatoires subaiguës ; aucun signe de malignité.

OBSERVATION VII

Malade, âgée de 61 ans, opérée à la Porte par le Docteur de Rougemont, le 8 octobre 1932.

Antécédents : Pleurésie à 7 ans.

Trois enfants, deux morts l'un à 4 mois de convulsions, l'autre à 1 an de bronchite. Une fille cardiaque vivante.

Pas de fausses couches.

La malade depuis longtemps ne digérait pas très bien ; légères douleurs épigastriques post-prandiales ; parfois, vomissements bilieux ; pas d'ictère ; matières décolorées. Pas de crise de coliques hépatiques.

Il y a 8 jours, elle fut prise d'une douleur brutale au creux de l'estomac ; vomissement alimentaire. La douleur irradie dans tout l'abdomen, mais est plus violente à droite dans la fosse iliaque. Pas de température. Les vomissements deviennent bilieux. Matières plutôt claires.

Amenée d'urgence à la Porte le samedi 8 octobre, elle est opérée. On fait le diagnostic de cholécystite calculieuse. On pratique une cholécystostomie dans la partie supérieure d'une incision de Jalaguier faite pour le diagnostic d'appendicite.

OBSERVATION VIII

La malade, âgée de 31 ans, a été opérée à l'infirmerie de Porte de cholécystostomie, le 3 octobre 1930. On se trouvait en présence d'un syndrome d'occlusion intestinale avec un cæcum dilaté, des ondes péristaltiques. Sous les fausses côtes droites, on percevait une tumeur vaguement tendue.

Après une rachianesthésie, on fait une incision latérale droite de laparotomie, pensant trouver un néo de l'angle droit du côlon. On vit une énorme vésicule biliaire avec des adhérences, comprimant l'angle droit du côlon. On pratiqua alors une cholécystostomie. On plaça trois mèches et un drain.

Le 16 octobre, ablation des mèches.

Le 22 octobre, sous anesthésie, on pratique un curetage de la vésicule : on ramène de nombreux petits calculs vésiculaires.

Le 24 novembre 1930, il persiste une fistule muqueuse au niveau de la vésicule. On pratique un examen au lipiodol : seule, la vésicule se remplit ; il y a donc un obstacle au niveau du sol ; on se décide à intervenir.

Le 28 novembre 1930, *intervention*.

Rachianesthésie.

Vomissements à la 20^e minute.

Incision ventrale circonscrivant la fistule qui est fermée en bourse aux fils de lin. On change d'instruments : incision de Meyne ; on pénètre dans le péritoine sain au-dessus et au-dessous de la fistule. On libère des adhérences duodénales très serrées.

Cholécystectomie en arrière. Ligature du cystique et du canal. Un drain, une mèche gastrique et une mèche pariéto-colique sont placés.

Suites simples. Le 1^{er} mars 1931, la malade est revue en bonne santé ; elle a engraisé ; légère constipation.

Le 11 avril 1931, la malade revient en excellent état. Plus de troubles hépatiques, pas de nausées, pas de constipation. Cicatrice bonne, légèrement dépliée. Pas d'éventration.

Le 25 juillet 1931, elle retourne à la consultation. Très bon état général. Elle a pris du poids. Digestions bonnes ; pas de vomissements : cependant dyspepsie légère qui cède à l'agocholine. Pas d'éventration.

OBSERVATION IX

La malade, âgée de 50 ans, entre dans le service le 6 mai 1932 pour cholécystite aiguë.

Aucune affection biliaire antérieure ; quelques troubles digestifs légers depuis 30 ans ; constipation habituelle.

Grosse masse iliaque droite à la palpation. Vomissements. On intervient à la 48^e heure.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision de Jalaguier.

On se trouve en présence d'une énorme vésicule, telle une aubergine tendue.

La malade étant albuminurique, on fait une cholécystostomie ; on enlève à la curette mousse une dizaine de calculs à facettes.

Le 14 avril, la malade est morte avec une symptomatologie d'embolie à forme asphyxique.

L'autopsie a été refusée par la famille.

OBSERVATION X

La malade, âgée de 79 ans, entre le 24 décembre 1928 dans le service.

Elle a été opérée la veille à l'infirmerie de Porte par le Docteur Bonnet, qui a pratiqué une cholécystostomie pour cholécystite suppurée.

Une nièce de la malade aurait présenté des accidents lithiasiques.

La malade a été opérée d'une hernie étranglée à droite et à gauche.

L'affection actuelle débuta, il y a 2 mois, par des dou-

leurs dans l'hypocondre droit. Devant l'augmentation d'intensité de ces douleurs, elle rentre à l'hôpital. Le 23 décembre, on pratiqua une cholécystostomie sous anesthésie locale.

Le 6 janvier 1929, on fait une seconde intervention, une cholécystogastrostomie.

La malade meurt le 12 janvier 1929.

OBSERVATION XI

La malade, âgée de 57 ans, entre dans le service pour cholécystite, le 15 septembre 1921.

Depuis une quinzaine d'années, la malade aurait eu des troubles digestifs divers. En 1913, elle eut une première crise de colique hépatique caractérisée, suivie d'un léger ictère. Tous les ans, elle fait un accident aigu avec température et ictère. Vers le 15 septembre 1921, une crise plus intense l'amène à l'hôpital.

Le 27 octobre 1921, à l'examen, on note : température à 37° ; pouls à 104. Epistaxis. Foie épaissi avec des points douloureux un peu au-dessus et à droite de l'ombilic. On ne sent pas nettement la vésicule.

Radiographie des voies biliaires négative.

Intervention le 27 octobre : Professeur Tixier.

Le diagnostic est : cholécystite avec péricholécystite suppurée. L'état général devenant mauvais on fait un simple drainage. On ouvre un gros abcès constitué par de la bile et du pus. Un drain est mis dans la vésicule. On s'arrête car l'état général est très mauvais.

Onze ans plus tard, en 1933, on nous apprend que la malade est morte depuis quelques années.

OBSERVATION XII

La malade, âgée de 43 ans, entre dans le service le 21 octobre 1921.

Père mort à 65 ans d'un cancer. Mère en bonne santé.

Mariée à 22 ans : 4 enfants bien portants. Après le deuxième accouchement, en 1904, la malade avait eu de nombreux vomissements.

Il y a 6 ou 7 ans, elle ressentit de grosses douleurs épigastriques et abdominales qui s'accompagnaient de vomissements. Depuis lors, les crises se renouvellent. Le 16 octobre, une nouvelle crise plus violente la décide à rentrer à l'hôpital.

A l'entrée, malade maigre, teint foncé, température à 38°. Abattement.

On note un abdomen souple, un gros foie avec une masse de la grosseur d'un œuf très peu douloureux et donnant l'impression d'être lisse.

Intervention le 3 novembre 1921 : Professeur Tixier, Docteur Bonnet.

Anesthésie général, éther-kélène.

Le diagnostic est : cholécystite calculeuse suppurée avec péricholécystite.

1^{er} temps : Incision de Récamier. C'est bien une vésicule recouverte d'épiploon infiltré. Péricholécystite adhésive : le côlon est attiré au niveau de l'angle droit contre la face inférieure de la vésicule ; il y aurait pu avoir très facilement à ce niveau une perforation et évacuation par le côlon. On libère la vésicule.

2^e temps : Incision de Kehr. Le foie est luxé au dehors ; on sent des calculs dans le cystique.

3^e temps : Limitation du champ opératoire sous des compresses. Ponction au trocart de la vésicule. Le pus est épais. Une cholécystectomie serait trop dangereuse,

car il faut un drainage permanent des voies biliaires et il y a de véritables coulées suppuratives dans les tuniques de la vésicule.

4^e temps : Ouverture large de la vésicule sans fond. Ablation des calculs.

On résèque le tiers antérieur de la vésicule.

On fixe à la paroi. Drain.

La malade quitte le service le 7 décembre en bonne santé.

Le 8 avril 1922, la malade est revue : elle va bien. La paroi abdominale est affaiblie à l'endroit opéré.

Le 26 mars 1924, on revoit la malade. Elle raconte qu'en mai 1922, la plaie avait coulé par intermittences et s'était tarie en septembre 1923. Ce jour même, une crise douloureuse du type vésiculaire apparut. Une nouvelle crise survint plus tard et depuis la malade n'a jamais repris sa bonne santé antérieure.

Le 7 avril 1924, nouvelle intervention : Professeur Tixier, Bonnet.

Anesthésie générale à l'éther.

On repasse dans l'incision de Kehr. On trouve une coalescence serrée du foie, de l'estomac et du duodénum par l'intermédiaire d'un péritoine fibreux qu'on est obligé de détacher aux ciseaux. On résèque la vésicule pour pouvoir catéthériser l'hépatique. La bile s'écoule : on place une mèche.

La malade meurt le 9 avril : on doit rattacher son décès à des troubles dus au choc et à l'insuffisance hépatique plutôt qu'à l'infection.

OBSERVATION XIII

La malade, âgée de 27 ans, entre le 17 février 1921 dans le service de M. le Professeur Tixier pour douleur violente à l'épigastre.

Antécédents : Bonne santé habituelle. Une grossesse il y a 6 mois. Crises de coliques hépatiques depuis sa grossesse.

A la suite d'une crise plus grave survenue le 11 février, elle rentre dans le service.

A l'entrée, on note un ictère se fonçant de plus en plus. La palpation abdominale réveille une douleur au niveau de l'épigastre : on perçoit une vésicule hypertrophiée et douloureuse englobée dans une masse d'adhérences.

Le 23 février 1921, étant donné l'état général de la malade et l'ascension de la température à 41°, on intervient.

Anesthésie locale imparfaite, complétée par quelques centimètres cubes de chlorure d'éthyle.

Incision sur le bord externe du grand droit : gros foie libre, grosse vésicule blanche distendue.

Cholécystostomie : il s'écoule un liquide vert très foncé de la valeur d'un tube à essai.

Examiné bactériologiquement, ce liquide a montré la présence dans les cultures d'un bacille mobile à Gram négatif qui serait le paratyphique B ; ce résultat a été confirmé par la séro-agglutination.

Suites opératoires : Le 25 février, aucun écoulement de bile : on a retiré de la vésicule de nombreux calculs de petit volume.

Le 26 février, toujours aucun écoulement : le lavage de la vésicule pratiqué matin et soir, ramène des calculs, mais pas de bile.

Le 28, devant la persistance de la température au-dessus de 40, du pouls au-dessus de 120, on fait un abcès de fixation. L'ictère diminue. Urines acajou, matières colorées.

Le 3 mars, toujours aucun écoulement biliaire.

Le 5 mars, la bile s'écoule, la température baisse.

Le 6 mars, ouverture de l'abcès de fixation.

Le 8 mars, malade très prostrée. Par intervalles, un peu de liquide biliaire s'écoule, puis l'écoulement disparaît.

Le 14 mars, même état. La température fait de grandes oscillations.

Le 19 mars, à 6 heures du soir, mort de la malade.
Pas d'autopsie.

2. — MALADES OPÉRÉS POUR LITHIASÉ

OBSERVATION XIV

La malade, âgée de 56 ans, entre en 1932 pour ictère par rétention et calcul du cholédoque.

Mariée, a eu 3 enfants, dont un tuberculeux.

L'affection actuelle débuta en 1931 au mois de février par une crise de colique hépatique peu intense. Un an après nouvelles crises typiques. Depuis, les crises se répètent tous les 8 ou 15 jours et s'accompagnent d'un amaigrissement progressif.

A l'examen, femme nettement ictérique. Le foie est perçu : il descend à 2 travers de doigt sous les fausses côtes et il est un peu douloureux ; on ne sent pas de vésicule.

Le tubage duodénal pratiqué le 16 août 1932 donne les résultats suivants : on retire du duodénum un liquide d'abord légèrement teinté paraissant être du suc pancréatique. L'épreuve de Meltzer-Lyon permet de retirer un liquide plus foncé, brun verdâtre. Le tube a été avalé à 5 heures du matin. A 10 heures on fait le tubage.

Le lendemain, le 17, on fait un second tubage dans un but thérapeutique.

1° On retire à jeun 2 cc. de liquide alcalin incolore ;

2° Après l'épreuve de Meltzer-Lyon, on retire à deux reprises un liquide fortement teinté de bile, verdâtre.

3° Injection d'éther : on n'obtient pas de suc pancréatique, mais seulement un peu de bile.

A noter aucune réaction douloureuse pendant le tubafile

Le 25 octobre 1932, *intervention* (Docteurs Pollosson, Clavel).

La vésicule ne contient pas de calculs : on en retire 2 du cholédoque qui paraît coudé. On met un drain de Kehr : il sort par le fond de la vésicule qui elle-même est fixée au péritoine par 2 crins, de sorte que si on avait à réintervenir, on conserverait pour soi le guide de la vésicule conservée. Donc, bonne opération, mais il subsiste des doutes sur la perméabilité du cholédoque.

Suites opératoires : Mèche enlevée le 9^e jour. Bon état général.

OBSERVATION XV

La malade, âgée de 27 ans, entre pour douleur abdominale dans le flanc droit, le 10 mars 1928.

Mère morte de diphtérie. Père vivant. Deux frères morts en bas âge. Une sœur en bonne santé.

Personnellement elle est mariée, n'a pas d'enfants. A eu sa première crise douloureuse en 1913, la deuxième en 1925. Lors de cette deuxième crise, on lui enleva l'appendice, le diagnostic d'appendicite ayant été porté. En 1927, elle eut 4 crises douloureuses. Depuis le début de 1928, elle eut 3 crises, la dernière le 9 mars.

Ces crises, sans horaire fixe, sans rapport avec les repas, surviennent surtout après une fatigue. Elles sont

caractérisées par une douleur brusque dans le flanc droit, au niveau de la cicatrice d'appendicite et au point vésiculaire. Irradient en arrière suivant le flanc droit, dans l'angle costo-vertébral droit et non pas vers l'épaule. Ictère cessant avec la crise. Pas de température.

A l'examen : Vésicule non perçue. Ventre souple.

Le 16 mars 1928, le cæcum radioscopé est normal.

Ni sucre, ni albumine, ni pus, ni pigments biliaires dans les urines.

Temps de coagulation : 7' ; temps de saignement : 2'.

Le 28 mars 1928, la radiographie a révélé l'existence d'un calcul de la vésicule.

Intervention (Professeur Tixier) : La vésicule bleutée, souple, non infectée, présente un calcul dans le bassinet. On aspire la bile, puis, taille de la vésicule : on enlève 2 calculs mûriformes ; la bile vient à flot ; donc, rien dans le cystique. Fermeture partielle de la taille vésiculaire ; on place une sonde de Nélaton qui maintiendra une cholécystostomie temporaire. On fixe la vésicule par 2 fils de soie. Fermeture de tout le reste de la paroi abdominale.

Le 17 avril 1928, la malade quitte le service sans fistule.

Le 8 novembre 1929, un an après, la malade revient à l'hôpital pour pyonéphrose calculeuse, néphrectomie sous-capsulaire.

OBSERVATION XVI

La malade, âgée de 65 ans, entre dans le service pour crises hépatiques en novembre 1931.

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien à signaler.

Personnellement, en février 1917, elle se fractura deux côtes à droite; elle eut une congestion pulmonaire avec gros foie. Elle eut à cette époque sa première crise hépatique douloureuse avec température, ictère et vomissements de bile. Son médecin aurait mis cette atteinte vésiculaire sur le compte de sa fracture de côtes. Depuis lors, elle ressent des douleurs post-prandiales, 1 h. 1/2 à 2 heures après les repas, avec des paroxysmes douloureux survenant fréquemment pendant la nuit. Siégeant dans la région sous-costale droite, la douleur irradie dans le dos et l'épaule droite; d'autre part, la douleur ne franchit pas la ligne médiane; après les repas la malade, pour atténuer ses douleurs, se couche et place une bouillote chaude sur l'abdomen. Un traitement médicamenteux aux extraits biliaires semble l'avoir passagèrement améliorée.

Le 18 novembre 1931, elle a une violente colique hépatique qui dure depuis 5 heures de l'après-midi jusqu'au lendemain 2 heures. Cette crise cède à la morphine. Le 21 du même mois, nouvelle crise identique avec vomissements de bile.

A l'examen, malade un peu amaigrie.

Température : 37°5. Pouls à 92.

La palpation abdominale réveille une vive douleur dans toute la région sous-hépatique, où on perçoit une grosse vésicule dure et régulière.

Aux poumons, gros râles à la base droite.

Au cœur, pointe difficile à localiser : bruits et rythme normaux. T. A. : 14/7.

Réflexes normaux.

Ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigments biliaires dans les urines.

Temps de saignement : 6'.

Temps de coagulation : 12' 1/2.

Cholécystographie (Docteur Lévy) au tétraïode.

L'examen pratiqué 14 à 15 heures après l'ingestion *per os* ne permet pas de voir la vésicule. Il existe une ombre légère que l'on pourrait interpréter comme la vésicule rétractée sous le foie dont le bord inférieur nettement visible dépasse à peine les fausses côtes. L'ombre vésiculaire, s'il y en a une, est minime et n'a pas varié après un repas gras : il semble s'agir d'une vésicule exclue.

Coefficient de Maillard : 7,1.

Intervention le 11 décembre 1931 : Professeur Tixier, Docteur Clavel.

Anesthésie générale, kélène-éther.

Vu l'âge de la malade — 65 ans — il faut savoir se contenter de peu. Une laparotomie pararectale droite montre une vésicule rouge tendue comme une aubergine ; c'est une cholécystite typique lithiasique.

Limitation par des champs ; ponction ; aspiration. Fixation première par une collerette séro-séreuse. Fermeture partielle de la paroi. Ouverture de la vésicule. On extrait une poignée de gros calculs à facettes teintés par de la biliverdine.

Un gros drain est mis : la bile s'écoule abondamment.

Le calcul est chimiquement constitué par des pigments biliaires et de la cholestérine. Quelques traces d'acides biliaires.

Le 17 décembre 1931, on note des suites très simples. La bile coule.

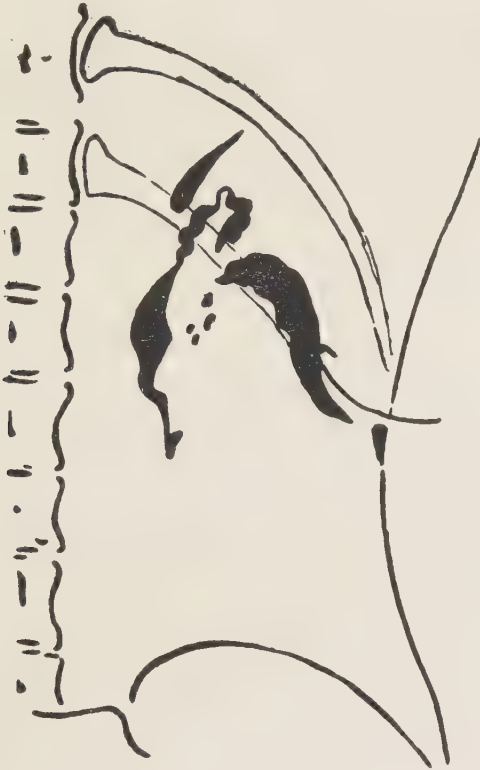
Le 20 janvier 1932, la fistule persiste. Les matières sont cependant colorées.

L'examen au lipiodol des voies biliaires montre qu'elles sont perméables (voir p. la radio lipiodolée) ; le lipiodol passe dans le duodénum. Mais, au bassinot, l'ombre lipiodolée présente une encoche correspondant peut-être à un calcul.

Le 30 janvier, la malade a expulsé par sa fistule deux petits calculs.

Le 27 février, la fistule persiste encore.

Le 7 mars 1932, on explore la vésicule ; on dilate aux bougies. On place une sonde de Malécot pour exagérer la dilatation du trajet et pouvoir ultérieurement faire un toucher digital. Il y avait une véritable rétention dans la vésicule par atrésie de la bouche de la cholécystostomie.



Le 11 avril, *intervention* (Professeur Tixier, Docteur Clavel).

Anesthésie générale, kélène-éther.

1^{er} temps : On circonscrit la fistule vésiculaire par une incision elliptique et on la ferme en bourse.

2^e temps : On entre dans le péritoine libre, très bas, loin de la cholécystostomie. On libère la vésicule qui est œdémateuse, à parois très épaisses et on poursuit son décollement jusqu'au cystique. De proche en proche, on ouvre le bassinet et le cystique, mais on ne peut pas pénétrer dans le cholédoque qui est difficilement reconnaissable.

On en poursuit la dissection et on découvre un cholédoque gros comme le petit doigt, d'aspect douteux. Avant de l'ouvrir, par précaution, on fait une ponction avec la seringue de Pravaz : on n'obtient rien ; donc, c'est le cholédoque ; on l'incise largement. On découvre une muqueuse bourgeonnante. Est-ce un néo ? Probablement. On met un tube de Kehr. On enlève une partie de la vésicule. On met 2 compresses de drainage dans le lit de la vésicule.

Le 9 mai, tubage duodénal (Docteur Paillard) : Il s'écoule tout de suite de la bile par le tube. Injection de SO_4 Mg. Au bout de 3 minutes environ, on retire 50 cc. de bile jaune d'or ; des nausées font remonter l'olive dans l'estomac, interrompant le tubage.

Le 27 août, la malade revient à la consultation. Bon état général. Mange peu par crainte de douleurs. Fistule à peu près tarie. Quelques gouttes de sang s'écoulent.

Le 1^{er} octobre 1932, le Professeur Tixier revoit la malade en bon état. Pas d'ictère. Selles colorées. Simple petite fistule purulente. A 65 ans, il faut attendre.

Le 8 avril 1933, la malade revient. Tout est parfait du côté de l'intervention hépatique. Mais elle présente les séquelles d'un zona au niveau du 12^e espace intercostal droit.

OBSERVATION XVII

Le malade, âgé de 55 ans, entre dans le service le 10 septembre 1931 pour un ictère apparu progressivement depuis 3 semaines.

Aucun antécédent notable.

Il y a 3 mois, le malade présenta de l'anorexie élective pour les viandes et graisses, une asthénie importante. Il y a 3 semaines apparut brusquement un ictère qui peu à peu se fonda.

Actuellement, cet ictère a tous les caractères d'un ictère par rétention.

A l'examen, gros foie indolore, lisse. Il semble que le fond vésiculaire déborde de sa fossette.

Ni sucre, ni albumine dans les urines, mais présence en abondance de pigments et de sels biliaires.

Intervention le 22 septembre 1931 : Professeur Tixier, Docteur Carcassonne.

Incision pararectale droite. La vésicule petite, dure, ratatinée, est isolée du côlon transverse auquel elle était unie par de fortes adhérences : on perçoit de petits calculs dans son intérieur. C'est donc une obstruction du cholédoque par lithiase. Il faudrait faire un Kehr, mais cet homme a 55 ans, un foie malade, un coefficient de Maillard mauvais : 12,41 ; dans ces conditions, un Kehr serait grave : il faut tenter le minimum, faire une cholécystostomie de drainage. On ouvre la vésicule : on en extrait des calculs noirs. On abouche la vésicule à la peau.

Suites opératoires : Le 28 septembre 1931, l'écoulement biliaire s'est établi trois heures après l'intervention et n'a pas cessé depuis.

Le 27, le malade a eu une poussée d'ictère coïncidant avec un ralentissement de l'afflux biliaire.

Le 29 septembre, apparition du hoquet.

Le 30, on pense à une gangrène pulmonaire et on commence une série d'injections de sérum anti-gangréneux.

Le 4 octobre 1931, le malade succombe à 9 heures du matin.

OBSERVATION XVIII

La malade, âgée de 54 ans, entre dans le service le 15 septembre 1926 pour douleurs au niveau de la région hépatique.

A eu 10 enfants. Goitre opéré en 1921 dans le service.

L'affection actuelle débuta il y a 2 ans. A toute heure de la journée, des douleurs violentes débutant dans l'hypocondre droit, irradiant à l'épigastre, aux lombes et à l'épaule droite, nécessitaient des applications de compresses chaudes ; le lendemain, la malade constatait un léger ictère. Devant la fréquence croissante de ces crises, la malade vient à l'hôpital.

A l'examen, abdomen étalé avec un point douloureux dans la zone pancréatico-cholédocienne.

A l'occasion d'une crise aiguë avec vomissements, le Professeur Tixier et M. Pollosson parviennent à sentir la vésicule. Il faut agir, mais chez cette femme de cent kilos, il faut faire le minimum.

Le 21 septembre 1926, *intervention* : Professeur Tixier, Docteur Pollosson.

Anesthésie générale, éther.

Grosse vésicule et tumeur très dure au niveau du cystique. On fait une cholécystostomie.

Suites opératoires : Premier pansement le 27.

Ablation du drain le 3 octobre. La malade vomit depuis l'opération. Le 9, les selles diarrhéiques contiennent

une petite quantité de sang. Ce sang va en augmentant par la suite ; ce fait paraît résulter d'une insuffisance hépatique. La malade est pâle et affaiblie. Elle est ramenée chez elle dans un état très grave.

3. — MALADES OPÉRÉS POUR CANCER

OBSERVATION XIX

La malade, âgée de 65 ans, entre dans le service pour tumeur de la fosse iliaque droite, le 16 juin 1931.

Antécédents : Mère et sœur mortes cardiaques.

Personnellement réglée de 18 à 47 ans régulièrement. Mariée à 24 ans. Mari en bonne santé. Sept enfant, dont l'un mort à 18 mois de convulsions.

L'affection actuelle aurait débuté il y a deux mois seulement par de la constipation et des pesanteurs. Plusieurs médecins consultés lui conseillèrent une opération. En attendant, différents laxatifs lui permettent d'aller encore quotidiennement à la selle d'abord en diarrhée, puis normalement.

A l'entrée, femme à l'état général conservé.

Température : 38° ; pouls : 124.

Examens pulmonaire, cardiaque et nerveux, négatifs.

A l'abdomen, on note dans l'hypocondre droit une tumeur énorme qui ne comble pas la fosse lombaire en arrière et qui ne présente pas de contact à ce niveau.

Le 20 juin, on procède à la radioscopie du gros intestin après lavement baryté. L'examen est difficile, la malade gardant mal la baryte. Le rectum, les côlons transverse et descendant sont normaux ; le côlon ascendant est rejeté sur la ligne médiane et semble moulé sur la tumeur. Le cæcum élargi est rejeté un peu en dedans.

Le 20 juin, la radiographie des reins montre un volume identique des deux organes. Les pôles inférieurs des 2 reins sont à la même hauteur — un travers de doigt de la crête iliaque. Le bord inférieur du foie apparaît nettement.

La malade va bien, sauf quelques troubles digestifs.

La tumeur perçue dans l'hypocondre droit est un foie dur, bosselé et ptosé du côté droit. On porte le diagnostic de néoplasme secondaire du foie.

B.-W. négatif.

Ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires dans les urines.

Intervention le 21 juin 1931 : Professeur Tixier.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision pararectale droite. On découvre une masse sous-hépatique, sous un lobe gros violacé mais non néoplasique englobant l'S iliaque et le duodénum. L'ensemble représente une masse grosse comme le poing. On libère le grand épiploon et on perçoit au niveau de la vésicule une poche fluctuante et tendue. Ponction ; mucus ; on l'aspire ; on enlève, séparés par de larges diaphragmes, trois gros calculs à facettes. Vite, cholécystostomie par fixation secondaire au fil de soie. Large drainage. Fermeture soigneuse de la paroi.

Réflexion : Si l'on n'avait pas constaté dans l'intérieur de la vésicule la présence de bourgeons très vasculaires, on pourrait espérer qu'il s'agit d'une simple cholécystite. Mais, l'épaisseur des parois, la vascularisation doivent faire craindre le néo de la vésicule.

L'examen histologique d'un bourgeon a donné, en effet, le résultat suivant : épithélioma glandulaire à cellules claires de la vésicule biliaire.

Le 27 juin 1931, la malade quitte le service.

Deux ans plus tard, en 1933, nous apprenons le décès de la malade survenu le 10 octobre 1931, donc trois mois et demi après son opération.

OBSERVATION XX

La malade, âgée de 62 ans, entre dans le service le 26 décembre 1921 pour ictère datant de 3 mois.

Typhoïde à 40 ans.

En février 1921, un ictère apparaît sans fièvre, sans troubles digestifs, dure 3 semaines et disparaît. La deuxième atteinte d'ictère débute en septembre 1921. Apparaissant seulement en novembre, les douleurs augmentent en décembre. Ictère, prurit ; les selles sont décolorées.

A l'entrée : gros abdomen étalé ; foie énorme à bord inférieur au niveau de l'ombilic. Débordant un peu ce bord inférieur on croit sentir une masse arrondie et lisse qui y semble appendue. On fait le diagnostic d'angiocholécystite infectieuse grave avec des réserves sur la possibilité d'un néo des voies biliaires.

Le 29 décembre, *intervention*.

En raison de l'état de la malade, des signes de broncho-pneumonie, on renonce à une anesthésie générale ; on fait une rachi avec 0 gr. 06 de scurrocaïne. Cet acte impressionne vivement la malade.

Le péritoine ouvert, on trouve une vésicule énorme remplie de pus blanchâtre. L'exploration rapide des voies biliaires est négative. Par 4 points cardinaux, on fixe la vésicule au péritoine : mèche au-dessous ; fermeture de la paroi autour.

A l'autopsie, on trouve un cancer de l'ampoule de Vater s'étendant dans la lumière du cholédoque.

OBSERVATION XXI

La malade, âgée de 63 ans, entre dans le service le 7 avril 1928 pour cholécystite suppurée.

A l'examen, malade jaune ; température à 38°.

Ventre douloureux à droite. On perçoit une masse énorme semblant être le foie ou une grosse vésicule distendue.

Le 10 avril 1928, *intervention* : M. Pollosson.

Incision de Sprengel. On voit un gros foie verdâtre avec une tache de bougie et une vésicule grosse, épaissie, adhérente. La libération de la vésicule entraîne une hémorragie abondante.

On vide la vésicule pleine de pus sans calcul.

On fait une cholécystostomie.

La malade succombe le 12 avril.

Vérification : On trouve une grosse tumeur de la tête du pancréas. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un cancer de la tête du pancréas. Les parois de la vésicule étaient atteintes de dégénérescence épithéliomateuse sur laquelle était venue se greffer une cholécystite aiguë.

4. — MALADE OPÉRÉE POUR HYDROPIE INTERMITTENTE

OBSERVATION XXII

La malade, âgée de 52 ans, entre dans le service sur les conseils de M. le Professeur Tixier pour une affection de la vésicule biliaire, en octobre 1921.

Aucune maladie dans l'enfance.

Quatre enfants vivants. Une fausse couche de 2 mois. Ménopause à 49 ans.

L'affection actuelle date de 28 ans. Etant enceinte de 4 mois, elle eut sa première colique hépatique.

A 38 ans, nouvelle crise avec ictère et température durant 4 mois. Une saison à Vichy rétablit la malade. Elle y revient chaque année et se trouve améliorée. Cependant chaque hiver elle a des vomissements de bile.

Actuellement, en octobre 1921, elle a perdu l'appétit. Sans avoir de vraies crises douloureuses, elle a l'impression que sa vésicule est tendue et elle la perçoit à la palpation. Elle a, une ou deux fois par semaine, des vomissements bilieux, mousseux, sans rapport avec la tension de la vésicule. Sans caractère précis, la douleur siège le plus souvent à l'hypocondre droit, mais aussi dans le flanc droit. Souvent les phénomènes se succèdent comme suit : migraines, vomissements et douleur vésiculaire.

Pas d'amaigrissement, mais asthénie.

A l'examen, le 27 octobre 1921, le foie est mal perçu. On perçoit nettement la vésicule du volume d'une orange ; parfois, dit la malade, elle a le volume d'une tête d'enfant.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Intervention le 27 octobre 1921 (Professeur Tixier).

La radiographie a montré un gros calcul unique de la vésicule. Le diagnostic est : hydropisie intermittente de la vésicule.

Incision de Kehr ; la vésicule apparaît petite, du volume d'une grosse figue à parois peu épaisses distendues ; il est étrange que ce soit elle qui ait présenté à un moment donné le volume énorme constaté au mois de mai. C'est qu'en effet, on constate de suite sous le foie, derrière le péritoine, une tumeur mollassse, nettement kystique, qui appartient au rein : c'est alors l'hydronéphrose qui donnait tous ces symptômes. Cepen-

dant, on sent un gros calcul unique dans la vésicule. Que faire ?

1° Enlever le calcul unique : la bile coule en abondance.

On décide de pratiquer une fermeture immédiate et totale de la vésicule.

2° On agit sur l'hydronéphrose : on enlève un calcul ; on fait une marsupialisation, poche exécutée à la partie inférieure verticale de l'incision de Kehr.

La bile examinée par le Docteur Dufourt est claire, assez fluide, contient quelques grandes cellules. Pas de leucocytes. Présence d'entérocoques.

5. — MALADE OPÉRÉE POUR EMPYÈME DE LA VÉSICULE

OBSERVATION XXIII

La malade, âgée de 54 ans, entre en 1920 dans le service pour tumeur de l'hypocondre droit. Le médecin qui l'envoie a fait le diagnostic de cholécystite.

Antécédents : Père mort de fluxion de poitrine. Mère morte à 76 ans d'une maladie d'estomac.

Cinq sœurs et un frère vivants ; d'autres morts jeunes.

Personnellement, elle aurait eu vers l'âge de 20 ans des douleurs d'estomac d'origine nerveuse. Mariée à 25 ans, elle eut une fille ; son mari, bien qu'alcoolique, se porte bien. A 31 ans, elle eut une péritonite à la suite d'un dérangement de matrice. A 37 ans, elle est opérée à la Charité par M. Polosson d'une colpotomie pour hématomocèle probable.

Le 31 juillet, elle est prise brusquement d'une affection aiguë, fébrile, avec température à 39°-40°, frissons.

Soignée pour pneumonie, on la croyait guérie lorsqu'elle se mit à souffrir de l'abdomen, surtout à droite, d'une façon intense, avec nausées et vomissements. Température à 39° cédant au troisième jour pour ne plus dépasser 37°7. Depuis lors, constipation opiniâtre.

A l'examen : Femme amaigrie, pâle, mais non anémiée. Abdomen ballonné avec ondes péristaltiques. Pas d'ascite. Dans l'hypocondre droit on palpe une masse dure, bosselée, du volume du poing, descendant jusqu'à la ligne ombilico-iliaque et semblant se prolonger sous le foie dont elle est séparée cependant par une bande sonore. Cette tumeur, très peu mobile latéralement, n'est pas mobilisée par la respiration profonde. La région lombaire postérieure est libre, ainsi que la base thoracique droite et la fosse iliaque.

Le cæcum paraît dilaté. Touchers vaginal et rectal négatifs. Urines claires, sans sucre ni albumine.

A noter dans le triangle de Scarpa gauche un gros paquet variqueux au niveau de la pointe, se reliant par un cordon avec une grosse varice de l'ampoule de la sa-phène, irréductible, de consistance scléro-fibromateuse.

Température : 37°. Deux lavements provoquent une débâcle intestinale énorme de matières à aspect normal.

Intervention le 25 septembre : M. Bonnet.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision sur le bord du droit remontant jusqu'aux fausses côtes, car on pense à une cholécystite. Sur la table d'opération, avec le coussin de Mayo, les mouvements de la respiration donnent à la tumeur un peu de mobilité. La bande sonore a beaucoup diminué mais persiste un peu.

Dès l'incision de la paroi, l'aspect verdâtre de l'aponévrose révèle l'état inflammatoire. On pénètre dans le ventre très haut en péritoine libre et sur le doigt, on agrandit l'incision péritonéale. Il est à ce moment en-

core impossible d'affirmer qu'il s'agit d'une vésicule, une coque verdâtre rénitente au palper remplit la région. Plus bas, adhérences intimes au péritoine pariétal et à droite à l'intestin.

On parvient, après des protections minutieuses par compresses, à glisser le doigt autour de la zone adhérente au péritoine pariétal et à libérer cette adhérence. On ne peut cependant pas amener la vésicule trop adhérente à l'épiploon et à l'intestin. On ponctionne : il s'écoule 200 grammes de pus verdâtre. Après évacuation, le doigt parvient à confirmer qu'il s'agit bien d'une vésicule, car on sent un calcul dans le bassinet ; il y a très haut une zone où la vésicule est libre. Par là, on glisse sous elle en billot une compresse qui soulève hors du ventre la partie moyenne, alors que le fond reste intra-abdominal adhérent à l'intestin. On fixe à la paroi circulairement la partie hépatique de la vésicule, puis on la sectionne par le milieu pour permettre la libération des adhérences du fond.

L'exploration de la vésicule fixée permet de percevoir le gros calcul du cystique et de l'extraire : c'est un calcul noir, ovalaire, mûriforme. Réintégration de l'intestin et de l'épiploon. Fixation des lèvres vésiculaires à la peau. Il ne vient pas de bile, mais vomissements bilieux peu abondants après l'opération.

Suites opératoires : Le surlendemain de l'intervention il se produit un écoulement de bile verte. La température montre progressivement à 39°. Un peu d'embarras bronchique. Subictère. La température atteint 39°6, puis baisse peu à peu en 4 ou 5 jours.

Le 27 novembre, la malade quitte le service, se portant bien, ayant engraisé, mais présentant encore une fistule biliaire avec un écoulement abondant.

Le 16 février 1922, la malade est revenue. Elle a toujours une fistule biliaire qui coule abondamment.

Le 4 mai 1923, elle rentre à nouveau dans le service, à cause de la persistance de l'écoulement biliaire, qui ne s'est nullement tari depuis la cholécystostomie. Il semble même que depuis 2 mois il soit plus abondant et que le contact de la bile a déterminé de vives douleurs. Elle sort fin juin améliorée,

6. — MALADE OPÉRÉE POUR HYDROPSIE AIGUË

OBSERVATION XXIV

La malade, âgée de 65 ans, vient à l'hôpital pour une grosseur abdominale, au mois de septembre 1920.

Antécédents : Père mort à 60 ans d'une bronchite. Mère morte à 86 ans.

Huit frères ou sœurs, dont six sont morts.

Mari mort à 54 ans ; 12 enfants, dont 2 morts à la guerre, tous bien portants.

Personnellement, aucune maladie. Régée à 15 ans. Ménopause à 51 ans. Pas de fausses couches. Depuis 2 mois, elle digère mal et une heure après le repas ressent des douleurs à l'estomac et dans l'abdomen, cessant avec la position horizontale. Un médecin appelé constata une grosseur dans l'abdomen et elle entra à l'hôpital.

A l'examen, on constate un ventre légèrement saillant, surtout à droite. Tumeur de la valeur de 2 poings, lisse, s'arrêtant à la ligne médiane, descendant 1 cm. au-dessous de l'ombilic. On limite très bien le bord externe, sauf à droite et en haut où elle semble se continuer avec le foie. On ne peut limiter la matité hépatique qui fait suite à la matité de la tumeur.

Toucher vaginal négatif.

Urines normales.

Wéber négatif.

Le 11 septembre, *intervention*.

Incision latérale droite sous anesthésie locale. La vésicule est perdue dans une masse épiploïque ; on la dégage sans chercher à la libérer complètement. On a ponctionné un liquide bilieux louche. La vésicule a le volume d'une aubergine. On fait une cholécystostomie.

Suites opératoires : Le soir de l'intervention, la température qui, jusqu'alors, oscillait entre 38° et 39°6, est tombée à 37°. Le troisième jour, elle remonta à 38°8.

La plaie opératoire donne en abondance de la bile jaune or. La jambe gauche œdématiée est mise en gouttière.

Le 21, un œdème apparaît au mollet de la jambe droite : on met une deuxième gouttière.

Le 27, l'écoulement par la fistule diminue beaucoup.

Le 7 octobre, élimination spontanée de 3 calculs très friables par la plaie opératoire. Le lavage des voies biliaires ramène beaucoup de débris calculeux. Les matières sont colorées.

Le 28 octobre, on supprime les gouttières : l'œdème entre en résolution ; la plaie vésiculaire est complètement oblitérée.

Le 12 novembre il persiste un léger œdème du membre inférieur, mais il rétrocede peu à peu.

Le 13 septembre, l'examen du liquide biliaire avait donné ceci : bacilles légèrement mobiles à Gram négatif, faisant fermenter le lactose = colibacille.

CHAPITRE II

Résultats éloignés

Au cours de la difficile enquête que nous avons menée avec le Docteur Carcassonne pour retrouver des renseignements sur les résultats éloignés des cholécystostomies pratiquées dans le service de M. le Professeur Tixier, nous sommes parvenus à nous documenter sur tous les opérés dont on vient de lire les observations.

Nous avons pu savoir, grâce à de multiples recherches, si la fistule biliaire s'était tarie spontanément ou si elle avait persisté pendant un temps plus ou moins long, si la cicatrice opératoire était parfaite ou, au contraire, moins bonne, si la paroi abdominale présentait ou non une éventration, si l'état général de l'ancien opéré était devenu excellent ou si persistaient encore chez lui certains troubles digestifs, hépatiques ou autres, déjà ressentis avant l'intervention chirurgicale. C'est le résultat de ce travail que nous voulons exposer ici.

1. — *Malades opérés pour cholécystite*

Observation Rouv... cf. page , N° 1.

Diagnostic : cholécystite hydropique due à un calcul unique du bassinet.

Indication de l'opération : état général mauvais

Cholécystostomie : le 19 octobre 1928.

Guérison : le 22 décembre 1928.

Résultats éloignés : en 1933, cinq années après l'opération :

1° La fistule biliaire s'est définitivement tarie le 14 décembre.

2° La cicatrice opératoire est parfaite.

3° Aucune éventration.

4° Très bon état général. Aucun trouble hépatique; bonnes digestions ; pas de céphalées, ni de malaises gastriques : ne suit aucun régime.

En résumé, intervention ayant donné un résultat excellent.

Observation Gon..., cf. page , N° II.

Diagnostic : cholécystite calculeuse.

Indication de l'opération : état général mauvais.

Cholécystostomie : le 2 mars 1928.

Guérison : le 18 avril 1928.

Résultats éloignés : en 1933, cinq années après l'opération :

1° La fistule biliaire s'est tarie vers le 16 avril. Elle s'ouvrit à nouveau le 1^{er} mai pour donner issue à un

calcul de la grosseur d'un pois et se referma peu après.

2° La cicatrice opératoire est parfaite.

3° L'incision de Récamier a donné une éventration assez importante.

4° Excellent état général.

La cholécystostomie a donné chez ce malade un très bon résultat, malgré l'éventration constatée. Il n'a ressenti depuis aucun trouble hépatique ; ses digestions sont parfaites : il ne souffre nullement de l'estomac et ne suit aucun régime.

Observation Bau..., cf. page , N° III.

Diagnostic : cholécystite chronique non calculcuse.

Indication de l'opération : drainage.

Cholécystostomie : le 26 mars 1929.

Guérison : le 18 avril 1929.

Résultats éloignés : en 1933, quatre années après l'opération :

1° La fistule biliaire s'est tarie le dix-huitième jour.

2° La cicatrice opératoire est parfois douloureuse.

3° Pas d'éventration.

4° Etat général assez bon.

L'opération a donné un bon résultat : toutefois, la malade déclare avoir eu une nouvelle crise en décembre 1929 avec ictère : depuis, plus de crises : ses digestions sont toutefois un peu pénibles.

Observation Bez..., cf. page 39, N° IV.

Diagnostic : cholécystite suppurée.

Indication de l'opération : mauvais état général.

Cholécystostomie : en 1926.

Guérison : quelques jours après l'intervention.

Résultats éloignés : en 1933, sept ans plus tard :

1° La fistule s'est tarie spontanément.

2° La cicatrice est assez bonne.

3° L'incision de Récamier a donné une éventration.

4° Bon état général.

L'intervention n'a pas été mauvaise au point de vue résultat, malgré l'éventration constatée. La malade suit un régime : ses digestions sont un peu pénibles.

Observation Pit..., cf. page 40, N° V.

Diagnostic : cholécystite éberthienne.

Indication de l'opération : mauvais état général

Cholécystostomie : le 13 juillet 1929.

Guérison : quelques jours plus tard.

Résultats éloignés : deux ans après, le 14 novembre 1931, la malade est revenue dans le service : elle se plaint de sa vésicule qui est grosse et douloureuse. On lui conseille de se faire opérer à nouveau dans le double but de pratiquer une cholécystectomie et une cure radicale de son éventration. La malade hésite.

Un an plus tard, en octobre 1932, on pratiqua la cure de son éventration.

En 1933, bon état général ; résultat excellent. Aucun trouble hépatique, ni gastrique, ni intestinal.

Observation Guig..., cf. page 41, N° VI.

Diagnostic : cholécystite suppurée.

Indication de l'opération : mauvais état général.

Cholécystostomie : le 16 avril 1931.

Guérison : rapide.

Résultats éloignés : en 1933, deux années après :

1° La fistule s'est tarie spontanément.

2° Cicatrice parfaite.

3° Aucune éventration.

4° Très bon état général.

En résumé, l'opération a donné un excellent résultat. La malade n'a ressenti aucun trouble hépatique, ni gastrique, ni intestinal. Ses digestions sont bonnes.

Observation Lav..., cf. page 43, N° VII.

Diagnostic : cholécystite calculeuse.

Indication de l'opération : urgence.

Cholécystostomie : le 8 octobre 1932.

Guérison : rapide, le 28 décembre.

Résultats éloignés : en 1933, un an après :

1° La fistule s'est tarie spontanément.

2° Cicatrice parfaite.

3° L'incision de Récamier n'a donné aucune éventration.

4° Très bon état général.

En résumé, excellent résultat. La malade n'a ressenti aucun trouble hépatique, ni gastrique : elle suit un régime, elle n'a pas de céphalées; aucun trouble du transit intestinal.

Observation La..., cf. page 43, N° VIII.

Diagnostic : cholécystite suppurée : occlusion du gros intestin.

Indication de l'opération : urgence.

Cholécystostomie : le 3 octobre 1930.

Examen au lipiodol : le 24 novembre 1930.

Cholécystectomie : le 28 novembre 1930.

Résultats éloignés : en 1933, trois ans après :

Pas d'éventration : bonne cicatrice. Aucun trouble intestinal. Digère mal les œufs et les graisses : a grossi beaucoup.

Observation Lec..., cf. page 45, N° IX.

Diagnostic : cholécystite calculeuse.

Indication de l'opération : malade albuminurique.

Cholécystostomie : le 7 mai 1932.

Décès de la malade, le 14 avril 1932, avec une symptomatologie d'embolie à forme asphyxique.

Observation Gu..., cf. page 45, N° X.

Diagnostic : cholécystite suppurée.

Indication de l'opération : très mauvais état général.

Cholécystostomie : le 23 décembre 1928.

Décès de la malade, le 12 janvier 1929, après une seconde intervention, une cholécystogastrostomie pratiquée le 6 janvier 1929.

Observation Pa..., cf. page 46, N° XI.

Diagnostic : cholécystite avec péricholécystite suppurée.

Indication de l'opération : l'état général mauvais, conseille un simple drainage.

Cholécystostomie : le 27 octobre 1921.

Décès de la malade quelques années plus tard.

Observation Gai..., cf. page 47, N° XII.

Diagnostic : cholécystite calculeuse suppurée avec péricholécystite.

Indication de l'opération : coulées suppuratives dans les tuniques de la vésicule, pus épais nécessitant un drainage permanent.

Cholécystostomie : le 3 novembre 1921, suivie le 7 avril 1924 de cholécystectomie.

Décès de la malade le 9 avril 1924 : on doit rattacher ce décès à des troubles dus au choc et à l'insuffisance hépatique plutôt qu'à l'infection.

Observation Co..., cf. page 48, N° XIII.

Diagnostic : cholécystite.

Indication de l'opération : urgence. Température à 41°.

Cholécystostomie : le 23 février 1921.

Le 19 mars, la malade meurt des suites de l'infection, malgré un abcès de fixation pratiqué le 28 février.

2. — *Malades opérés pour lithiase*

Observation Fa..., cf. page 50, N° XIV.

Diagnostic : lithiase cholédocienne.

Indication de l'opération : drainage.

Cholécystostomie : le 25 octobre 1932.

Guérison : quelques jours après.

Résultats éloignés : en 1933, un an après l'intervention :

1° La fistule s'est tarie spontanément.

2° Excellente cicatrice.

3° Pas d'éventration.

4° Très bon état général.

La cholécystostomie a donné un excellent résultat. Aucun trouble hépatique, ni intestinal : pas de céphalées ; du côté gastrique, elle digère difficilement les aliments gras et les œufs.

Observation Mil..., cf. page 51, N° XV.

Diagnostic : lithiase vésiculaire.

Indication de l'opération : ablation des calculs.

Cholécystostomie : le 28 mars 1928.

Guérison : le 17 avril 1928.

Résultats éloignés : en 1933, cinq années plus tard :

1° La fistule s'est tarie spontanément.

2° La cicatrice opératoire est parfaite.

3° L'incision de Récamier n'a donné aucune éventration.

4° L'état général est satisfaisant.

La malade a été ultérieurement opérée de pyonéphrose.

La cholécystostomie a donné un bon résultat. Aucun trouble gastrique, hépatique ou intestinal.

Observation Chey..., cf. page 52, N° XVI.

Diagnostic : lithiase vésiculaire.

Indication de l'opération : âge avancé de la malade :
65 ans.

Cholécystostomie : le 11 décembre 1931.

Le 11 avril 1932, devant la persistance de la fistule biliaire, on intervient à nouveau en enlevant une partie de la vésicule.

Guérison : le 27 août 1932.

Résultats éloignés : en 1933, deux ans après l'opération :

1° La fistule s'est tarie après la deuxième intervention.

2° Faiblesse de la paroi énervée.

3° Bon état général.

Le résultat de l'opération a été bon malgré la faiblesse de la paroi abdominale, chez une femme de 65 ans. Aucun trouble hépatique, ni intestinal. Ses digestions sont bonnes : elles ne suivent aucun régime.

Observation Fe..., cf. page 57, N° XVII.

Diagnostic : lithiase cholédocienne.

Indication de l'opération : homme de 55 ans, foie malade; mauvais coefficient de Maillard : 12,41.

Cholécystostomie : le 22 septembre 1931.

Décès du malade le 4 octobre 1931, de gangrène pulmonaire.

Observation B..., cf. page 58, N° XVIII.

Diagnostic : lithiase vésiculaire.

Indication de l'opération : femme très grasse : 100 kilos.

Cholécystostomie : le 21 septembre 1926.

Décès le 10 octobre, à la suite d'hémorragies dues à l'insuffisance hépatique.

3. — *Malades opérés pour cancer*

Observation E..., cf. page 59, N° XIX.

Diagnostic : Néo de la vésicule.

Indication de l'opération : drainage.

Cholécystostomie : le 21 juin 1931.

Décès de la malade le 10 octobre 1931.

Observation F..., cf. page 61, N° XX.

Diagnostic : Néo de l'ampoule de Vater.

Indication de l'opération : angiocholécystite infectieuse grave.

Cholécystostomie : le 29 décembre 1921.

Décès de la malade peu après.

Observation Si..., cf. page 62, N° XXI.

Diagnostic : Néo de la vésicule et de la tête du pancréas.

Indication de l'opération : drainage vésiculaire.

Cholécystostomie : le 10 avril 1928.

Décès de la malade, le 12 avril 1928.

4. — *Autres observations*

Observation L..., cf. page 62, N° XXII.

Diagnostic : hydropisie intermittente.

Indication de l'opération : drainage.

Cholécystostomie : le 27 octobre 1921.

Guérison : quelques jours plus tard.

Résultats éloignés : en 1933, douze ans après :

1° La fistule s'est tarie spontanément.

2° Cicatrice assez bonne.

3° Petite éventration.

4° Etat général assez mauvais dû à une affection rénale.

L'intervention hépatique a donné un bon résultat : aucun trouble n'a été ressenti depuis du côté du foie. Du côté digestif, la malade est constipée: trois heures après le repas elle ressent des brûlures à l'estomac: elle suit un régime composé de légumes à l'eau, de pâtes avec très peu de viande ; céphalées fréquentes.

Observation G..., cf. page 64, N° XXIII.

Diagnostic : empyème de la vésicule.

Indication de l'opération : drainage.

Cholécystostomie : le 25 septembre 1920.

Guérison : juin 1923.

Résultats éloignés : en 1933, treize ans après l'opération :

1° La fistule a été longue à se tarir — 3 ans.

2° La malade présente une éventration.

3° Etat général bon.

L'intervention a donné un bon résultat. La malade n'a plus souffert de son foie. Aucune céphalée. Digestions excellentes ; ne suit aucun régime : légère constipation.

Observation O..., cf. page 67, N° XXIV.

Diagnostic : hydropisie aiguë.

Indication de l'opération : drainage.

Cholécystostomie : le 11 septembre 1920.

Treize années plus tard, la malade est en excellent état, malgré une éventration. Depuis sa cholécystostomie, elle fut opérée : on lui fit un large drainage d'une poche biliaire énorme, opération qui laissa une fistule pendant un an. A l'heure actuelle, la malade vomit parfois, mais son état général est bon.

Dans plusieurs cas, la bouche de la cholécystostomie a permis de se rendre compte de l'état de perméabilité des voies biliaires : l'examen radiographique au lipiodol a été pratiqué maintes fois dans ce but : entre autres les observations N°s III, XXII et XVI : pour cette dernière, cf. le cliché, page 55.

CHAPITRE III

Considérations

Tels sont les renseignements que nous avons pu obtenir sur les résultats éloignés des cholécystostomies étudiées.

De leur examen, nous avons retiré des précisions sur des points de haute importance concernant les indications et les suites lointaines de cette intervention.

I. — Les MOBILES qui poussèrent le chirurgien vers la pratique de cette opération peuvent se résumer comme il suit :

Dix-huit fois, le mauvais état du malade obligea le praticien à recourir à la fistulisation vésiculaire pour accomplir un drainage d'urgence.

Dans les autres cas, l'opération fut décidée après réflexion soit pour enlever des calculs de la vésicule, soit pour traiter une malade albuminurique, d'un âge trop avancé, d'un trop grand embonpoint, ou de résistance opératoire moindre (homme).

Enfin, la cholécystostomie fut pratiquée une fois en présence d'un foie malade et une fois pour drainer un pus épais vésiculaire.

II. — Les RÉSULTATS de ces interventions nous donnent les renseignements suivants portant respectivement sur la fistule biliaire, l'état de la paroi abdominale, les troubles hépatiques et digestifs et sur l'état général.

1° La *fistule biliaire* se tarit spontanément dans neuf cas. Plus long à s'arrêter chez un malade, l'écoulement biliaire ne cessa qu'au bout d'un an chez un autre. Dans un cas, la fistule qui s'était tarie s'ouvrit à nouveau, laissa échapper un calcul et se referma peu après. Enfin, dans deux cas, on dut avoir recours à une seconde intervention, l'ablation d'une partie de la vésicule dans un cas, et une cholécystectomie dans l'autre. *La radiographie lipiodolée a permis de contrôler d'ailleurs la cause de la persistance de la fistule.*

2° L'état de la paroi abdominale nous renseigne sur la présence ou l'absence d'éventration.

Dans sept cas, il n'y eut aucune éventration. Celle-ci exista chez quatre malades, et fut attribuée chez deux à l'incision de Récamier ou au drainage.

Une éventration fut curée un an après l'opération.

Une autre malade nous montra une paroi un peu faible.

3° Les *troubles hépatiques* ont totalement cessé chez neuf anciens opérés.

Deux digèrent mal les œufs et les graisses.

Dans un cas seulement une nouvelle crise hépatique avec ictère consécutif apparut.

Chez une malade, une poche biliaire infectée dut être évacuée.

4° Les *troubles digestifs* n'existent que chez cinq anciens opérés : encore sont-ils très légers et compatibles avec un régime très large. Les 19 autres ne se plaignent d'aucun trouble gastrique et ne suivent aucun régime.

5° L'*état général* est excellent chez onze de nos anciens cholécystostomisés, assez bon chez deux et mauvais dans un seul cas : encore ce dernier malade doit-il attribuer son asthénie et sa faiblesse à une affection rénale survenue ultérieurement.

Il nous reste à envisager les dix cas où la cholécystostomie aboutit à un échec.

Nous trouvons, en premier lieu, trois malades atteints de néoplasme, un néo de la vésicule, un néo de l'ampoule de Vater et un néo de la tête du pancréas et de la vésicule. Ces décès ne sont nullement imputables à la cholécystostomie : celle-ci n'a jamais été considérée, en effet, comme pouvant enrayer la marche du processus cancéreux : elle a, en tout cas, amélioré l'état général de ces malades et permis une certaine survie.

Deux malades opérés pour lithiase moururent l'un de gangrène pulmonaire, l'autre d'hémorragies dues à l'insuffisance hépatique.

Enfin, si, dans cinq cas, la cholécystostomie pratiquée pour le diagnostic de cholécystite aboutit à un échec, encore l'insuccès peut-il être rejeté sur une cause autre que l'intervention chirurgicale : c'est ainsi qu'un malade mourut à la suite d'une cholécystogastrostomie pratiquée ultérieurement ; un second, albu-

minurique, succomba avec les symptômes d'une embolie à forme asphyxique ; un autre, enfin, ne résista pas au choc ou à l'insuffisance hépatique.

De l'ensemble de notre enquête, il résulte que ces cholécystostomies, pour la plupart opérations d'extrême urgence, dont certaines mêmes furent pratiquées par le chirurgien de garde à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu, eurent des résultats excellents. A ces cas où le mauvais état général du malade fut une indication formelle de la cholécystostomie et où la cholécystectomie aurait aggravé l'état du sujet, s'ajoutent ceux où, après avoir largement discuté l'intervention, on décida de conserver une vésicule encore saine et apte à reprendre son fonctionnement normal.

Pratiquées à la suite d'une indication nettement établie, réalisées dans des conditions parfaites, comme le furent celles que nous avons étudiées dans le service de M. le Professeur Tixier, les opérations de cholécystostomies aboutissent le plus souvent à d'heureux résultats.

Nous nous élevons contre les auteurs qui ont voulu faire le procès de la cholécystostomie et rayer cette intervention du cadre de la chirurgie moderne : elle a sauvé et sauve journellement de nombreux malades.

Elle a incontestablement à son actif de multiples avantages. Opération bénigne, elle fait disparaître une infection atténuée, elle conserve la vésicule, fil conducteur pour le cholédoque, elle permet de réaliser

un drainage permanent des voies biliaires, elle est un moyen d'examen anatomique et d'exploration des voies biliaires par l'injection de lipiodol ; grâce à elle, on peut aussi étudier les modalités des troubles de l'excrétion biliaire.

Malgré d'inévitables complications, telles que l'oblitération parfois très lente de la fistule et la possibilité de rares accidents secondaires très éloignés, néoplasiques ou autres, procédant des parois altérées de la vésicule demeurée dans la plaie, la cholécystostomie, à condition de discuter soigneusement ses indications, reste une arme remarquable entre les mains d'un chirurgien avisé, un puissant moyen d'action thérapeutique qui est encore loin d'avoir perdu droit de cité.

Conclusions

I. — La cholécystostomie, fortement décriée, est une opération qui peut rendre de grands services.

II. — Elle a des indications précises et, surtout, elle peut être utilisée chaque fois que l'opération idéale, la cholécystectomie, semble trop dangereuse à cause de l'état général des malades.

III. — Ses résultats, au point de vue transit biliaire, à la lumière de trente-six observations, apparaissent bons surtout lorsqu'il s'agit de cholécystite calculieuse.

IV. — La cholécystostomie, enfin, intervention d'urgence, permet ultérieurement, lorsque l'état général des malades est remonté, l'exploration lipiodolée des voies biliaires et, par conséquent, l'examen de la perméabilité du cystique et du cholédoque.

V. — Moins brillante que la cholécystectomie, la cholécystostomie reste une opération utile.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 21 Octobre 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- ARNAL (C.). — Etude étiologique et thérapeutique des vésicules biliaires intolérantes. *Thèse*, Lyon, 1932-1933.
- BAUDOIN. — De la cholécystostomie en général. *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 19 novembre 1898, page 1217.
- BÉRARD (L.), P. SAVY et P. MALLET-GUY. — Deux mécanismes de la douleur dans les syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques : vésicules de stase et vésicules intolérantes. *Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie*, 1928, III, 13-38.
- BÉRARD et MALLET-GUY. — L'exploration radiologique des cholécystostomies : méthodes d'analyses fonctionnelles des voies biliaires. *Revue Chirurgicale*, 1929, LXVIII, 614-645.
- Chirurgie du foie et des voies biliaires.
 - Résultats éloignés d'une cholécystostomie pour syndrome vésiculaire douloureux déterminé par un état pathologique de la voie biliaire principale. *Soc. Méd. et Sc. méd. Lyon*, 5 février 1930 ; *Lyon Médical*, 1930, LXLX.
- CHABANNES. — Gravité des interventions sur les voies biliaires dans le sexe masculin. *Thèse*, Lyon, 1932-1933.
- CHIRAY, SEMELOIGNE. — La cholécystite chronique non calculieuse. *Presse Médicale*, 12 août 1922, p. 685.
- DUCLOS (J.). — Résultats immédiats et éloignés des interventions sur les voies biliaires. *Thèse*, Lyon, 1926.

- HARTMANN. — Travaux anatomo-cliniques de chirurgie, 5^e série : voies biliaires.
- JONES et KELYNCK. — *Medical Chronicle*, 1897, p. 81-126.
- KEHR, EILERS et LÜCKE. — *Dich. f. klin. Chirurgie Berlin*, 1899, t. 58, p. 470.
- LE DENTU. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, Paris, 1890, t. XXIV, p. 863.
- LAWSON TAIT. — *Edinburgh Med. Journal*, 1889-90, t. 35, p. 305.
- LECÈNE. — *Bulletin et Mémoire Soc. Chir. Paris*, 1922.
- Ce que nous a appris la chirurgie de la vésicule biliaire. *Journal Médical Français*, 1914, n° 4, p. 165.
- LATREILLE. — Les vésicules avec stase biliaire. *Thèse*, Lyon, 1927.
- LEJARS. — Des résultats immédiats et lointains de l'intervention chirurgicale dans les cholécystites calculeuses. 13^e *Congrès français de Chirurgie*, 1899, p. 436.
- LEROUDIER (J.). — Documents pour l'étude fonctionnelle des cholécystostomies. *Thèse*, Lyon, 1928.
- PANTALONI. — Chirurgie du foie et des voies biliaires.
- POLAILLON. — *Bulletins de la Société Anatomique de Paris*, 1896, p. 816-820.
- PAUCHER. — Les fistules biliaires : Comment les éviter et les guérir *Pr. Méd.*, 1927, N° 10, p. 89.
- PROUST et LECÈNE. — Cinq observations de cholécystostomie. *Paris Chirurgical*, 1924, p. 353.
- SANTY et MALLER-GUY. — La cholécystostomie dans le traitement des syndromes douloureux vésiculaires non lithiasiques. *Lyon Chirurgical*, 1927, XXIV, 462-468.
- Cholécystostomie et vésicules de stase ; l'excrétion alternante de bile et de mucus. *Lyon Chirurgical*, 1930, XXVII, 750-768.

TERRIER. — Quelques résultats immédiats et éloignés d'opérations pratiquées sur les voies biliaires. *Revue de Chirurgie*, 1892, t. XII, p. 553.

— Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires : Résultats immédiats et éloignés. 6^e *Congrès français de Chirurgie*, 23 avril 1892, p. 121-146.

TERRIER et AUVRAY. — Chirurgie du foie et des voies biliaires.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
PREMIÈRE PARTIE	11
<i>Chapitre Premier.</i> — Historique	11
<i>Chapitre II.</i> — Les indications de la cholécystostomie	15
<i>Chapitre III.</i> — Quelques résultats	21
DEUXIÈME PARTIE	31
<i>Chapitre Premier.</i> — Observations	33
<i>Chapitre II.</i> — Résultats éloignés	69
<i>Chapitre III.</i> — Considérations	81
Conclusions	87
Bibliographie	89



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

no 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



